

Aus Politik und Zeitgeschichte



65. Jahrgang · 38–39/2015 · 14. September 2015

Hochbetagt

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Editorial

„Der demografische Wandel entfaltet seine größte Dynamik in den höchsten Altersgruppen“, so ein Befund des Psychologen und Altersforschers Andreas Kruse. In der Tat: Aus den derzeit 4 Prozent, die die „Generation 80 plus“ an der Gesamtbevölkerung stellt, könnten in 20 Jahren 14 Prozent werden. Bis vor einiger Zeit standen die Lebenslagen und -bedingungen der Hochbetagten im Schatten der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Befassung mit den sogenannten *best* oder *golden agers,* also den 65- bis unter 80-Jährigen, auf deren Bereitschaft, in ihrem „Leben im Ruhestand“ Engagement, Partizipations- und Bildungsbereitschaft oder gar Produktivität unter Beweis zu stellen, sich große Hoffnungen richteten.

Die vor 1935 geborenen Jahrgänge sind von derartigen Erwartungen weitgehend ausgenommen. Mit ihnen werden vornehmlich Gebrechlichkeit, Multimorbidität und vor allem neurodegenerative Erkrankungen assoziiert, stetig wachsende Betreuungs- und Pflegekosten und noch gar nicht abzusehende Herausforderungen für Politik und Gesellschaft. Diesen Altersbildern setzt die Forschung nun aber neues Wissen entgegen, etwa über die erstaunliche Plastizität der Persönlichkeit noch und gerade im hohen Alter und über die Fähigkeit sehr alter Menschen, auf ganz eigene Weise Sorge um sich selbst zu tragen. Wenn man sie lässt. Wo dies aber immer weniger möglich ist, gilt es, zukunftsweisende Modelle der Betreuung und Gemeinschaftlichkeit zu erproben.

Das Lebensende der Hochbetagten rückt nun zusammen mit dem unheilbar Kranker auch jüngeren Alters in den aktuellen Auseinandersetzungen um Sterbehilfe in den Fokus öffentlichen Interesses. Voraussichtlich im Herbst 2015 wird der Deutsche Bundestag Entscheidungen über vier Gesetzesvorlagen zu diesem hochsensiblen Problemfeld treffen. Es ist unerlässlich, dass in diesen Diskussionen die Argumente aller mittelbar und unmittelbar Betroffenen beziehungsweise ihrer Fürsprecher(innen) gehört und angemessen gewürdigt, aber auch hinterfragt werden.

Barbara Kamutzki

Jule Specht

Psychologie des hohen Lebensalters: Der aktuelle Forschungsstand

Der demografische Wandel ist mittlerweile ein alter Begleiter. Und dies nicht nur, weil mit ihm, zumindest in Deutschland, eine Alterung der Bevölkerung einhergeht, sondern auch, weil seine Auswirkungen bereits seit über 40 Jahren spürbar sind. Zahlreiche Konsequenzen für die Altersvorsorge, das Gesundheitswesen, die Wirtschaft im Allgemeinen und die Arbeitswelt im Besonderen wurden bereits umfangreich diskutiert. Umso erstaunlicher ist, dass den psychologischen Konsequenzen einer alternden Bevölkerung in der Wissenschaft bisher vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit zukam.

Jule Specht
Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., geb. 1986; Juniorprofessorin für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie an der Freien Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin.
jule.specht@fu-berlin.de

Seit 1972 wandelt es sich in Deutschland, wenn man bei dieser Stabilität überhaupt noch von einem „Wandel“ sprechen kann. So lange verliert Deutschland nun schon an Bevölkerung, da die Geburtenrate mit der Sterberate nicht mehr mithalten kann und auch Migrationen diesen Verlust derzeit nicht wettmachen. Die Durchschnittsfrau bekommt weiterhin nur 1,4 Kinder und dies deutlich später, als es früher noch üblich war. Es fehlt dementsprechend an Nachwuchs, während die Lebenserwartung gleichzeitig weiterhin steigt, laut Schätzungen des Statistischen Bundesamtes immerhin um weitere sechs bis sieben Jahre bis zum Jahr 2060.

Besonders deutlich wird der demografische Wandel jedoch bei den Hochbetagten, also den über 80-Jährigen. Bis zum Jahr 2060 wird sich deren Anzahl auf etwa neun Millionen verdoppelt haben. Während sich heutzutage nur jede/r Zwanzigste zu den besonders Alten zählen kann, wird es dann bereits jede/r Achte sein. Doch was wissen wir derzeit eigentlich über die Psyche und deren Entwicklung bei Hochbetagten?

Persönlichkeit als umfassende Beschreibung der Psyche

Die Psyche einer Person versucht die Psychologie mithilfe der Untersuchung ihrer Persönlichkeit greifbar zu machen. Sie umfasst die Gesamtheit aller Persönlichkeitseigenschaften, was sie jedoch noch nicht unbedingt handhabbar macht, wenn man sich deren Fülle vor Augen hält. Um dieser Komplexität Herr zu werden, wählen Persönlichkeitspsychologen den sogenannten lexikalischen Ansatz: Danach sind alle Persönlichkeitseigenschaften, die ihrer Definition nach bedeutsame Unterschiede im Denken, Fühlen und Verhalten von Personen beschreiben, in der Sprache repräsentiert. Eine vollständige Erfassung der Persönlichkeit gelingt dementsprechend unter Berücksichtigung aller im Wörterbuch enthaltenen Persönlichkeitseigenschaften.

Genau bei diesen Wörterbüchern fand die moderne Persönlichkeitspsychologie ihren Anfang. Die Psychologen Gordon Allport und Henry Odbert nahmen sich in den 1930er Jahren der umfangreichen Aufgabe an, das Webster's New International Dictionary zu durchforsten und identifizierten darin etwa 4500 Persönlichkeitseigenschaften.[1] *A semantic nightmare*, wie sie aufgrund dieser Anzahl resigniert feststellten. Mittlerweile ließen sich diese zahlreichen Persönlichkeitseigenschaften mithilfe von faktoranalytischen Verfahren[2] hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit untersuchen und auf fünf über-

[1] Vgl. Gordon Allport/Henry Odbert, Trait-Names: A Psycho-Lexical Study, in: Psychological Monographs, 47 (1936) 1, S. 1–171.

[2] Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren der multivariaten Statistik. Sie untersucht Merkmale auf Basis empirischer Daten (zum Beispiel den Fragebogenantworten einer großen Anzahl von Personen) hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit. Treten Merkmale häufig gemeinsam auf, dann werden sie zu einem latenten Faktor zusammengefasst. So lässt sich eine Vielzahl von Merkmalen auf eine übersichtliche Anzahl an latenten Faktoren reduzieren, ohne dabei viel relevante Information zu verlieren.

geordnete Persönlichkeitsfaktoren reduzieren: Die „Big Five“ waren geboren. Die emotionale Stabilität, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit bilden demnach die abstrakteste Hierarchiestufe bei der Beschreibung der Persönlichkeit.

Direkt beobachtbar sind weder diese fünf übergeordneten Persönlichkeitseigenschaften noch deren untergeordnete Persönlichkeitsfacetten. Und dennoch wirken sie sich auf unser Denken, Fühlen und Verhalten in allen Lebensbereichen aus. Darauf, wie erfolgreich eine Person im Beruf ist, auf die Größe ihres Freundeskreises, ihre Zufriedenheit mit dem Partner oder der Partnerin und ihre Gesundheit. Und diese Zusammenhänge zeigen eine erhebliche Stabilität über diverse Situationen hinweg. Zumindest sofern diese Situationen Raum für individuelle Unterschiede lassen und das Verhalten nicht durch strenge Verhaltensvorgaben festgelegt ist.

Auch über die Zeit hinweg ist die Persönlichkeit erstaunlich stabil. So stabil, dass sie Vorhersagen über viele Jahre hinweg erlaubt. Zum Beispiel zeigten Avshalom Caspi und Phil Silva 1995, dass die Persönlichkeit schon im Alter von drei Jahren Vorhersagen über die Persönlichkeit im jungen Erwachsenenalter erlaubt. Es wurde sogar lange davon ausgegangen, dass sich die Persönlichkeit im Laufe des Lebens noch weiter stabilisiert.[3] Systematische Veränderungen bis ins hohe Alter galten deshalb lange als so unwahrscheinlich, dass sich nur wenige empirische Studien mit potenziellen Entwicklungsprozessen in der Persönlichkeit in dieser Altersphase befassten.

Mittlerweile wissen wir, dass sich die Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne hinweg systematisch verändert. Wie schon länger erwartet, sind diese Veränderungen im jungen Erwachsenenalter, also bis zum Alter von etwa 30 Jahren, besonders deutlich. Anschließend schwächen sie sich im mittleren Erwachsenenalter bis zum Alter von ungefähr 60 Jahren deutlich ab. Entgegen der Annahme anhaltender Stabilisierung jedoch entpuppt sich das hohe Alter als weitere, besonders veränderungssensible Lebensphase. In diesem Alter kommt es zu Veränderungen, die in ihrem Ausmaß vergleichbar mit denen im jungen Erwachsenenalter sind.

Persönlichkeit im Sozio-oekonomischen Panel

Diese Entwicklung über die gesamte Lebensspanne zu untersuchen, erfordert eine große Längsschnittstudie, die möglichst bevölkerungsrepräsentative Aussagen erlaubt. Das Sozio-oekonomische Panel, kurz SOEP, bietet diese Vorteile.[4] Es handelt sich um eine Längsschnittstudie, die seit über 30 Jahren Informationen zum Leben in Deutschland erhebt. Die Teilnehmenden werden nach einem regional geschichteten Zufallsverfahren aus einer damit repräsentativen Auswahl privater Haushalte in Deutschland ausgesucht, sodass die Aussagen weitgehende Generalisierungen erlauben. Jährlich werden dieselben Personen befragt, mittlerweile sind es bereits rund 30 000.

2005 wurde erstmals die Persönlichkeit der Probanden erhoben, ein weiteres Mal 2009. Knapp 15 000 Teilnehmende der Studie füllten zu beiden Zeitpunkten einen Kurzfragebogen aus, der auf dem oben vorgestellten Big-Five-Modell basierte. Solche großen Stichproben sind notwendig, um aussagekräftige Schlussfolgerungen treffen zu können. Kleinere Stichproben laufen dagegen Gefahr, die meist nur subtilen Veränderungen der Persönlichkeit zu übersehen, da sie keine ausreichende statistische Power besitzen, um systematische Persönlichkeitsveränderungen von einem sogenannten Zufallsrauschen zu differenzieren.

Die Alterseffekte auf die Persönlichkeit, wie wir sie in dieser Studie fanden, zeigen, dass eine systematische Persönlichkeitsentwicklung über das gesamte Erwachsenenal-

[3] Vgl. Avshalom Caspi/Phil Silva, Temperamental Qualities at Age Three Predict Personality Traits in Young Adulthood: Longitudinal Evidence from a Birth Cohort, in: Child Development, 66 (1995) 2, S. 486–498.

[4] Für weitere Informationen zum SOEP siehe Gert G. Wagner/Joachim R. Frick/Jürgen Schupp, The German Socio-Economic Panel Study (SOEP): Scope, Evolution and Enhancements, in: Journal of Applied Social Science Studies, 127 (2007) 1, S. 139–169.

ter hinweg auftritt.[5] Die emotionale Stabilität, also wie selbstsicher und gelassen jemand in Stresssituationen bleibt, zeigte im Durchschnitt einen leichten Anstieg im jungen Erwachsenenalter und eine leichte durchschnittliche Minderung nach einem Alter von etwa 30 Jahren. Vergleichsweise geringe Veränderungen fanden sich auch für die Extraversion, also die Geselligkeit und Gesprächigkeit einer Person, die im Laufe des Erwachsenenalters im Mittel leicht abnahm.

Besonders starke Alterseffekte fanden sich dagegen für die Gewissenhaftigkeit, die das Ausmaß zielorientierter Impulskontrolle beschreibt. Gewissenhafte Personen sind organisiert, ordentlich, zuverlässig und verantwortungsbewusst. Junge Erwachsene weisen diese Eigenschaften im Durchschnitt nur in sehr geringem Ausmaß auf, sie sind deutlich weniger gewissenhaft als ältere Menschen. Bis zum Alter von etwa 40 Jahren ändert sich das aber rasant, sodass Personen ab diesem Alter im Durchschnitt ein stabiles, deutlich höheres Level in der Gewissenhaftigkeit erreichen.

Veränderungen bis ins hohe Alter finden sich für die Verträglichkeit. Sie bleibt im jungen und mittleren Erwachsenenalter im Durchschnitt auf einem gleichbleibenden Niveau und steigt ab einem Alter von ungefähr 60 Jahren deutlich an. Ältere Menschen zeichnen sich also durch eine deutlich prosozialere Orientierung aus, die damit einhergeht, dass Personen gutmütig, vertrauensvoll, wohlwollend und bescheiden sind. Dieser Befund steht im deutlichen Kontrast zu dem verbreiteten Stereotyp eines „nörgelnden Alten". Im Durchschnitt scheint in dieser Altersgruppe der Effekt der Altersmilde deutlich verbreiteter zu sein, als bislang angenommen.

Ebenso starke Veränderungen bis hinein ins hohe Alter finden sich für die Offenheit für neue Erfahrungen, die zusammenfasst, wie neugierig und unkonventionell eine Person ist und wie gern sie sich intellektuellen Herausforderungen stellt. Junge Menschen sind im Durchschnitt sehr offen für neue Erfahrungen und mit steigendem Alter nimmt diese Persönlichkeitseigenschaft immer weiter ab. Ältere Menschen halten dementsprechend deutlich stärker an bisherigen Meinungen fest und interessieren sich im Durchschnitt weniger für neue oder andere Denkweisen, als noch in jüngeren Jahren.

Drei Persönlichkeitstypen

Dass diese Persönlichkeitsveränderungen nicht nur kleine Veränderungen einzelner Eigenschaften betreffen, sondern vielmehr zu einer grundlegenden Veränderung der Persönlichkeit führen, verdeutlichen Forschungsergebnisse zu Persönlichkeitstypen.[6] Aus der Idee heraus, dass die Persönlichkeit mehr ist als die Summe ihrer Teile, werden bei diesem Ansatz Persönlichkeitsprofile statt einzelner Persönlichkeitseigenschaften betrachtet. Personen, die auf mehreren Persönlichkeitseigenschaften ähnliche Ausprägungen haben, werden dem gleichen Persönlichkeitstyp zugeordnet. Mit der Unterscheidung von nur drei Persönlichkeitstypen kann bereits ein beträchtlicher Anteil der Unterschiede zwischen Personen beschrieben werden.

Personen, die dem Persönlichkeitstyp der *Resilienten* zugeordneten werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie emotional stabil, extravertiert, offen für neue Erfahrungen, verträglich und gewissenhaft sind. Etwa 40 bis 50 Prozent der jungen Erwachsenen gehören diesem Persönlichkeitstyp an. Der Anteil Resilienter ist im fortgeschrittenen Alter noch höher: Bis zu 60 Prozent der Personen einer Altersgruppe lassen sich dann diesem Persönlichkeitstyp zuordnen. Resiliente Menschen sind in mehreren Lebensbereichen gut angepasst, sodass bei einer Zunahme des Anteils von Resilienz von einer allgemeinen Persönlichkeitsreifung gesprochen werden kann.

Personen, die sich durch eine geringe Gewissenhaftigkeit und eine geringe Verträglichkeit, aber eine durchschnittliche Ausprägung in emotionaler Stabilität, Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen auszeichnen,

[5] Vgl. Jule Specht/Boris Egloff/Stefan C. Schmukle, Stability and Change of Personality across the Life Course: The Impact of Age and Major Life Events on Mean-Level and Rank-Order Stability of the Big Five, in: Journal of Personality and Social Psychology, 101 (2011), S. 862–882.

[6] Vgl. Jule Specht/Maike Luhmann/Christian Geiser, On the Consistency of Personality Types across Adulthood: Latent Profile Analyses in Two Large-Scale Panel Studies, in: Journal of Personality and Social Psychology, 107 (2014), S. 540–556.

werden dem *unterkontrollierten* Persönlichkeitstyp zugeordnet. Im jungen Erwachsenenalter gehören etwa 40 Prozent der Menschen in diese Gruppe, also ein ähnlich großer Anteil wie die Gruppe der Resilienten. Im Unterschied zu diesen nimmt der Anteil Unterkontrollierter im jungen Erwachsenenalter jedoch stark ab und liegt ab einem Alter von etwa 30 Jahren auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau von 20 Prozent einer Altersgruppe.

Der dritte Persönlichkeitstyp fasst Personen zusammen, die sich durch eine geringe Extraversion und geringe Offenheit für neue Erfahrungen auszeichnen und *überkontrolliert* genannt werden. Ihr Anteil steigt im Laufe des gesamten Erwachsenenalters von etwa 15 Prozent im jungen Erwachsenenalter auf bis etwa 40 Prozent im hohen Alter. Wechsel zwischen den Persönlichkeitstypen treten bis ins hohe Erwachsenenalter auf. Abhängig vom Geschlecht und ursprünglichen Persönlichkeitstyp wechseln bis zu 25 Prozent eines Persönlichkeitstyps auch nach einem Alter von 70 Jahren ihre Persönlichkeit noch so umfassend, dass sie sich nach vier Jahren einem anderen Typ zuordnen lassen.

Persönlichkeitsveränderungen im hohen Alter mehrfach bestätigt

Nach einer anfänglichen Vernachlässigung des hohen Alters bei der Erforschung der Persönlichkeitsentwicklung gibt es mittlerweile eine steigende Anzahl an Studien, die eine ausgeprägte Veränderungssensibilität in dieser Altersphase bestätigen. Diese Studien sind nicht auf einzelne Datensätze, Länder oder Veränderungsmaße beschränkt. Beispielsweise zeigte sich in einer Meta-Analyse der Soziologin Monika Ardelt aus dem Jahr 2000, dass auch die Rangordnungsstabilität im hohen Alter sinkt. Das bedeutet, dass Menschen, die anfangs zu den extravertiertesten gehörten, nach einigen Jahren im Vergleich zu anderen Personen weniger extravertiert wurden, also von anfangs weniger extravertierten Altersgenossen „überholt“ wurden, wodurch sich die Rangfolge der Personen dieser Altersgruppe in Bezug auf dieses Persönlichkeitsmerkmal geändert hat.[7]

[7] Vgl. Monika Ardelt, Still Stable after all These Years? Personality Stability Theory Revisited, in: Social Psychology Quarterly, 63 (2002), S. 392–405.

Die bisher dargestellten Studien betrachten die psychische Entwicklung jeweils aus der Perspektive des chronologischen Alters, also der Zeit seit der Geburt einer Person. Besonders im hohen Alter ist die Distanz zur Geburt jedoch weniger aussagekräftig als andere Maße des Alters. Dies liegt vor allem darin begründet, dass mit zunehmender Zeit seit der Geburt Menschen einer Vielzahl unterschiedlicher Herausforderungen und Chancen gegenüberstehen, die zu einer unterschiedlichen Entwicklung führen können. Dazu können Stressoren zählen, die die Psyche oder den Körper belasten, aber auch unterschiedliche Bildungsverläufe und Zugehörigkeiten zu sozialen Schichten sowie Unterschiede in der Familienplanung.

Statt des chronologischen Alters wird aus diesem Grund teilweise auf das rückwärtschronologische Alter zurückgegriffen. Es beschreibt die zeitliche Distanz bis zum Tod und ermöglicht gerade im sehr hohen Alter deutlich differenziertere Beschreibungen von Entwicklungsverläufen, als es die zeitliche Distanz bis zur Geburt vermag. So konnte der deutsche Psychologe Denis Gerstorf mit Kollegen 2013 zeigen, dass sich die Entwicklungsverläufe der kognitiven, sensorischen und muskulären Leistungsfähigkeit besser mit der verbleibenden Zeit bis zum Tod erklären lassen, als mit der bereits vergangenen Zeit seit der Geburt. Probanden ähneln einander also mehr in ihrer Entwicklung, wenn sie die gleiche Distanz zum Tod haben, als wenn sie das gleiche chronologische Alter haben.[8]

Um solche Entwicklungsverläufe vergleichen zu können, ist es notwendig, dass der Todestag einer Person bekannt ist, der Proband muss also bereits verstorben sein, sodass diese Entwicklungsverläufe erst nach dem Tod der Probanden verglichen werden können. Doch nicht nur die tatsächliche Distanz zum Tod, auch die wahrgenommene Distanz zum Tod kann Aufschluss über psychologische Entwicklungsprozesse geben.

[8] Vgl. Denis Gerstorf et al., Age and Time-to-Death-Trajectories of Change in Indicators of Cognitive, Sensory, Physical, Health, Social, and Self-Related Functions, in: Developmental Psychology, 49 (2013) 10, S. 1805–1821.

Wahrgenommene Zukunftsperspektive

In ihrer sozioemotionalen Selektivitätstheorie beschreibt Laura Carstensen,[9] wie sich die wahrgenommene Zukunftsperspektive auf die Ziele von Personen auswirkt. Danach fokussieren junge Menschen mit einer typischerweise wenig begrenzten Zukunftsperspektive eher auf das Sammeln von vielseitigen Informationen und neuen Erfahrungen, um eine breite Wissensgrundlage zu etablieren. Im höheren Alter, wenn die Zukunftsperspektive deutlich begrenzter ist, überwiegt stattdessen das Ziel, emotionale Zustände auf eine Weise zu regulieren, die momentanes Wohlbefinden versprechen. Das führt beispielsweise dazu, dass junge Menschen einen breiten Freundeskreis präferieren, um vielfältige Informationen akquirieren zu können, während ältere Menschen kleine, enge Freundeskreise bevorzugen.

Der Einfluss der wahrgenommenen Zukunftsperspektive wird dann besonders deutlich, wenn Menschen eine für ihr Alter ungewöhnlich (un)begrenzte Zukunftsperspektive haben. Erleben junge Menschen aufgrund einer experimentellen Manipulation im Labor beispielsweise eine stark begrenzte Zukunftsperspektive, dann hat dies ähnliche Konsequenzen für ihre Ziele und Präferenzen, wie die tatsächlich begrenzte Zukunftsperspektive bei älteren Menschen. Diese unterschiedlichen Ziele aufgrund unterschiedlicher Zukunftsperspektiven können ein Erklärungsansatz dafür sein, dass die Offenheit für neue Erfahrungen im hohen Alter sinkt (denn das Bedürfnis nach neuen Informationen sinkt), aber die Verträglichkeit ansteigt (denn das Bedürfnis nach positiven Emotionen im sozialen Kontext steigt).

Neben der subjektiv wahrgenommenen Zukunftsperspektive gibt es auch Unterschiede im selbst wahrgenommenen Alter, und diese Unterschiede bestehen über das chronologische Alter hinaus. Zum Beispiel fanden Virpi Uotinen, Taina Rantanen und Timo Suutama in einer finnischen Stichprobe von über 1000 älteren Personen, dass das Risiko, in den folgenden 13 Jahren zu sterben, deutlich erhöht war, wenn sich die Personen älter wahrnahmen, als sie chronologisch waren.[10] In diesem Zusammenhang bezog sich das sowohl auf ihr wahrgenommenes körperliches Alter als auch auf ihr wahrgenommenes mentales Alter und zeigte sich sowohl bei Männern wie auch bei Frauen.

Ebenso liefert das subjektive Alter aus der Wahrnehmung anderer Personen einen wichtigen Beitrag zur Vorhersage von Entwicklungsprozessen im höheren Alter. In einigen Ländern wird bei ärztlichen Untersuchungen deshalb standardmäßig das Alter von Patientinnen und Patienten durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eingeschätzt. Und dies durchaus berechtigt, wie Kaare Christensen mit Kollegen im Jahr 2009 zeigen konnte.[11] In ihrer dänischen Längsschnittstudie starb im Beobachtungszeitraum ungefähr ein Drittel der etwa 1800 Probanden, die alle bereits über 70 Jahre alt waren. Das Sterberisiko der Probanden war dann umso höher, je älter sie aussahen und zwar unabhängig davon, wie alt sie tatsächlich waren.

Auch das biologische Alter ist längst nicht so eindeutig an das chronologische Alter geknüpft, wie man intuitiv annehmen könnte. Besonders eindrücklich wird dies durch eine aktuelle Studie von Daniel Belsky und Kollegen.[12] Sie untersuchten ungefähr 1000 Personen, die in den Jahren 1972 bis 1973 in der neuseeländischen Stadt Dunedin geboren wurden, wiederholt über mehrere Jahre hinweg. Obwohl diese Personen sich in ihrem chronologischen Alter nicht voneinander unterschieden, variierte ihr biologisches Alter, das mithilfe mehrerer Biomarker erfasst wurde, deutlich und annähernd normalverteilt zwischen 28 und 61 Jahren.

Das stark variierende biologische Alter entsteht nicht plötzlich, sondern ist das Resultat unterschiedlich schnell ablaufender Entwicklungsprozesse. Während einige Probanden in

[9] Vgl. Laura L. Carstensen, The Influence of a Sense of Time on Human Development, in: Science, 312 (2006), S. 1913–1915.

[10] Vgl. Virpi Uotinen/Taina Rantanen/Timo Suutama, Perceived Age as a Predictor of Old Age Mortality: A 13-Year Prospective Study, in: Age and Ageing, 34 (2005) 4, S. 368–372.

[11] Vgl. Kaare Christensen et al., Perceived Age as Clinically Useful Biomarker of Ageing: Cohort Study, in: BMJ, (2009) 339, b5262.

[12] Vgl. Daniel W. Belsky et al., Quantification of Biological Aging in Young Adults, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (i. E.).

dem Untersuchungszeitraum so gut wie gar nicht alterten und damit auch noch mit Ende 30 als „Twen“ gelten konnten, alterten andere Probanden drei biologische Jahre pro Kalenderjahr und erreichten damit Ende 30 schon fast das biologische Alter eines typischen Rentners. Es gab sogar drei Fälle, in denen die Probanden über die Zeit nicht älter, sondern sogar jünger wurden und damit dem natürlichen Alterungsprozess besonders eindrucksvoll ein Schnippchen schlugen. Das biologische Alter hatte einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Personen, was aufgrund des gleichen chronologischen Alters der Probanden nicht auf die Zeit seit deren Geburt zurückgeführt werden kann.

Ursachen für anhaltende Persönlichkeitsentwicklung

Entwicklungsprozesse des hohen Alters zu verstehen benötigt dementsprechend nicht nur die Perspektive des chronologischen Alters, die derzeit vor allem genutzt wird, sondern auch die Betrachtung alternativer Altersmaße wie der tatsächlichen oder wahrgenommen verbleibenden Lebenszeit, dem selbst oder von anderen wahrgenommenen Alter und dem auf dem Zusammenspiel unterschiedlicher Biomarker beruhenden, biologischen Alter. Aus dieser Heterogenität heraus lässt sich auch die Feststellung der Entwicklungspsychologin Bernice Neugarten verstehen, die Alter an sich als eine leere Variable ansah. Ihrer Aussage nach ist die Zeit seit der Geburt wenig relevant, sondern es sind vielmehr die gesammelten Erfahrungen, die eine Person und ihre Entwicklung beeinflussen.[13]

Damit schließt sich direkt die Frage an, wie die beobachteten Entwicklungsprozesse erklärt werden können. In Bezug auf die persönlichkeitspsychologische Entwicklung gibt es unterschiedliche Theorien, die sich mit der Stabilität und der Veränderung der Persönlichkeit sowie deren Ursachen beschäftigen.[14] Zwei Perspektiven werden hier herausgegriffen: zum einen die Fünf-Faktoren-Theorie der Persönlichkeit von Robert McCrae und Paul Costa,[15] zum anderen die Neo-Sozioanalytische Theorie von Brent Roberts und Kollegen.[16]

Die Fünf-Faktoren-Theorie der Persönlichkeit baut auf dem Big-Five-Modell auf, nimmt also auch fünf grundlegende Persönlichkeitseigenschaften an, ist aber damit nicht gleichzusetzen, denn sie geht noch deutlich darüber hinaus. So wird im Rahmen dieser Theorie angenommen, dass die Persönlichkeit biologisch determiniert und vor allem durch genetische Faktoren beeinflusst ist. Tatsächlich haben die Autoren der Theorie in sehr unterschiedlichen Kulturen eine erstaunliche Ähnlichkeit in der Persönlichkeitsstruktur und in Altersunterschieden der Persönlichkeit gefunden. Dies spricht dafür, dass die Persönlichkeitsentwicklung universell abläuft, also wenig durch die unterschiedlichen kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird.

Für diese Annahme sprechen auch Befunde von Zwillingsstudien. In diesen Studien wird verglichen, wie ähnlich sich eineiige Zwillinge, die genetisch deckungsgleich sind, im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen, die durchschnittlich die Hälfte ihrer Gene miteinander teilen, sind. Sind sich eineiige Zwillinge deutlich ähnlicher als zweieiige Zwillinge, dann spricht dies für einen starken genetischen Einfluss, da die erhöhte Ähnlichkeit auf die höhere genetische Ähnlichkeit zurückgeführt wird. Ergebnisse solcher Zwillingsstudien zeigen, dass etwa die Hälfte der Persönlichkeitsunterschiede auf genetische Unterschiede zurückgeführt werden kann.

Aufbauend auf den Annahmen einer starken biologischen Grundlage bei der Persönlichkeit entwickelten Robert McCrae und Paul Costa die Idee der intrinsischen Reifung. Danach verändert sich die Persönlichkeit vor allem aufgrund von inneren, biolo-

[13] Vgl. Bernice Neugarten, Personality and Aging, in: James. E. Birren/K. Warner Schaie (Hrsg.), Handbook of the Psychology of Aging, New York 1977, S. 626–649.
[14] Für einen Überblick vgl. Jule Specht et al., What Drives Adult Personality Development? A Comparison of Theoretical Perspectives and Empirical Evidence; in: European Journal of Personality, 28 (2014) 3, S. 216–230.
[15] Vgl. Robert McCrae/Paul Costa, The Five-Factor Theory of Personality, in: Oliver P. John/Richard W. Robins/Lawrence A. Pervin (Hrsg.), Handbook of Personality: Theory and Research, New York 2008³, S. 159–181.
[16] Vgl. Brent W. Roberts/Dustin Wood/Avshalom Caspi, The Development of Personality Traits in Adulthood, in: O. P. John et al. (Anm. 15), S. 375–398.

gischen Prozessen, nicht aber in Reaktion auf die Umwelt, in der sich ein Mensch befindet. Im Zusammenhang damit wird auch angenommen, dass sich die Persönlichkeit nur bis zu einem Alter von 30 Jahren verändert, eine Annahme, die, wie oben dargestellt, mittlerweile als widerlegt angesehen werden kann.

Im Kontrast dazu nimmt die Neo-Sozioanalytische Theorie von Brent Roberts und Kollegen an, dass die Persönlichkeit vor allem durch soziale Rollen geprägt wird. Je nachdem, welche Erwartungen die Umwelt also an eine Person stellt, mit welchen Entwicklungsaufgaben sie konfrontiert wird und welche Erfahrungen sie sammelt, ändert sich die Persönlichkeit dieser Theorie nach auf unterschiedliche Art und Weise. Interkulturelle Ähnlichkeiten können mit dieser Theorie so erklärt werden, dass Menschen auch in sehr unterschiedlichen Kulturen ähnlichen Entwicklungsaufgaben gegenüberstehen. Auch zeigen die oben genannten Zwillingsstudien, dass ein ebenso großer Anteil von Persönlichkeitsunterschieden auf umweltbedingte Einflussfaktoren zurückzuführen ist.

Persönlichkeitsveränderungen können aus der Perspektive dieser Theorie über die gesamte Lebensspanne hinweg auftreten. Allerdings geht auch Brent Roberts davon aus, dass sich die Persönlichkeit mit steigendem Alter immer weiter stabilisiert, was sich, wie oben dargestellt, zumindest für die Hochbetagten empirisch nicht bestätigt hat. Ursachen für Persönlichkeitsveränderungen werden vor allem auf die Investition in soziale Rollen, beispielsweise die Rolle des Rentners oder des Großelternteils, zurückgeführt. Es wird erwartet, dass diese sozialen Investitionen zu einem Anstieg der emotionalen Stabilität, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit führen. Diese Entwicklungstrends werden mit Persönlichkeitsreifung umschrieben, da sie die erfolgreiche Bewältigung von diversen sozialen Rollen erleichtern.

Einfluss einschneidender Lebensereignisse auf die Persönlichkeitsentwicklung

In einer umfangreichen Studie untersuchten wir den Einfluss von zwölf unterschiedlichen, einschneidenden Lebensereignissen auf die Persönlichkeitsentwicklung.[17] Es ging um berufliche und soziale, positive und negative Ereignisse, die sich auch darin unterschieden, in welchem Alter sie typischerweise auftreten. Personen, die ein einschneidendes Lebensereignis erlebten, beispielsweise den Berufseintritt, das Eingehen einer festen Beziehung und die Geburt eines Kindes, unterschieden sich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung systematisch von Personen, die diese Ereignisse nicht erlebten. Dies spricht gegen die Idee der intrinsischen Reifung von Robert McCrae und Paul Costa.

Auch im höheren Alter veränderte sich die Persönlichkeit in Reaktion auf Umweltveränderungen. Zum Beispiel führte der Renteneintritt zu einer Verminderung der Gewissenhaftigkeit, die während des Berufslebens im Durchschnitt noch sehr hoch ausgeprägt war. Dieser Befund wird passenderweise auch mit „La dolce vita"-Effekt umschrieben. Auch der Tod des Partners hat einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung, allerdings ist dieser geschlechtsspezifisch. Während Witwer in Reaktion darauf deutlich gewissenhafter werden, werden Witwen daraufhin deutlich weniger gewissenhaft. Dieser Effekt lässt sich möglicherweise mit einer klassischen Rollenverteilung in den Partnerschaften erklären.

Die dargestellten Ergebnisse stimmen generell mit den Annahmen der Neo-Sozioanalytischen Theorie von Brent Roberts überein. Dies ist jedoch vor allem auf den Einfluss beruflicher Ereignisse beschränkt. Entgegen der theoretischen (und intuitiven) Erwartung führen einschneidende familiäre Ereignisse selten zu einer unmittelbaren Persönlichkeitsreifung. Die Ursachen dieser fehlenden Reifung sind bisher noch nicht bekannt. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass es vor allem die Bewältigung einer neuen sozialen Rolle ist, die eine Persönlichkeitsreifung vorhersagt, und weniger die neue soziale Rolle an sich. Erste empirische Bestätigung findet diese Idee für die Geburt eines Kindes und die Eheschließung.

Persönlichkeitsveränderungen im hohen Alter werden häufig auf gesundheitliche Veränderungen zurückgeführt. Aktuelle empirische Befunde deuten jedoch darauf hin,

[17] Vgl. J. Specht et al. (Anm. 5).

dass gesundheitliche Einschränkungen nur einen geringen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung im hohen Alter haben. Neben der Betrachtung von Entwicklungstrends aus der Perspektive unterschiedlicher Altersindikatoren ist deshalb die Untersuchung unterschiedlicher Ursachen von Persönlichkeitsveränderungen im hohen Alter eine der drängenden Fragen der derzeitigen Forschung. Eine besondere Bedeutung wird dabei voraussichtlich die Untersuchung selbst-initiierter, zielgerichteter Entwicklungsprozesse darstellen, wie sie beispielsweise in kognitiven Trainings oder Trainings zur Persönlichkeitsentwicklung bereits Anwendung finden.

Festzuhalten bleibt auf Basis des aktuellen Forschungsstandes der Psychologie des hohen Lebensalters, dass sich insbesondere ältere Menschen in Bezug auf ihre Persönlichkeit noch einmal in einer besonders veränderungssensiblen Phase befinden. Diese Persönlichkeitsveränderungen sind möglicherweise das Resultat von Anpassungsprozessen an neue Entwicklungsaufgaben, mit denen Personen in dieser Lebensphase konfrontiert sind. Eine Empfehlung, die sich darauf aufbauend für den Alltag älterer Menschen, ihre Familien und die Gesellschaft im Allgemeinen ableitet, ist, dass diese Veränderungssensibilität genutzt werden sollte, um ältere Menschen in den Anpassungsprozessen an neue Herausforderungen des hohen Alters zu unterstützen. Ziel davon sollte es sein, das Entwicklungspotenzial zu nutzen, um Menschen bis ins hohe Alter hinein Wohlbefinden, Selbstbestimmtheit und Partizipation zu ermöglichen.

Heinrich Grebe

„Ein gewisser Zustand des Glücks“: Wie Hochbetagte um sich selbst Sorge tragen

Zusammen mit der gesellschaftlichen Langlebigkeitsentwicklung wächst das Interesse am hohen Alter: Was bedeutet die steigende Zahl von Hochbetagten? Wie ist das Leben jenseits der 80 – beziehungsweise: Wie gut kann es sein?[1] Antworten auf diese Fragen finden sich vor allem in zahlreichen medialen Berichten, denn der „Megatrend“ des Alter(n)s ist ein ebensolches Megathema.[2] Aufschlussreich könnte jedoch auch die direkte Begegnung mit Menschen im hohen Alter sein.

Heinrich Grebe
M. A., geb. 1980; Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft – Populäre Kulturen – der Universität Zürich, Affolternstraße 56, 8050 Zürich/Schweiz.
grebe@isek.uzh.ch

Der vorliegende Beitrag setzt hier an und stellt Außen- und Innensichten vor. Erstens werden Muster der medialen Thematisierung des hohen Alters aufgezeigt. Zweitens geht es um die Ergebnisse einer Reihe von Interviews, in denen Hochbetagte ihre persönlichen Perspektiven ausgeführt haben. Im Fokus stehen dabei solche Praktiken, mit denen Menschen im hohen Alter um sich selbst Sorge tragen und mit denen sie ein möglichst gutes Leben zu verwirklichen suchen. Darauf aufbauend widme ich mich drittens der Frage, inwiefern es für „alternde Gesellschaften“ besonders darauf ankommen könnte, eine soziale Umwelt herzustellen, in der Hochbetagte als Vertreter ihrer Selbst Anerkennung finden.

Die folgenden Ausführungen basieren zum einen auf der von der Volkswagen Stiftung geförderten und 2012 abgeschlossenen Studie „Gutes Leben im hohen Alter“.[3] Hierbei haben die beteiligten Kolleg(inn)en und ich unter anderem Hochaltrigkeitsbilder in Pressetexten sowie Altersratgebern als auch Gespräche mit Hochbetagten analysiert. Zum anderen grei-

fe ich auf meine Auswertung einiger aktueller Medienberichte zurück.

Pflegenotstand in der Demenz-Republik

Wenn das hohe Alter in den Medien zum Thema wird, dann oftmals im Rahmen von Berichten zum sogenannten Pflegenotstand. Für die entsprechenden Texte sind Problembeschreibungen der folgenden Art charakteristisch: „Wie (…) kann es (…) sein, dass Zehntausende alte Menschen in bundesdeutschen Heimen vor sich hin vegetieren – mit Psychopharmaka vollgedröhnt, bis auf die Knochen wund gelegen, halb verhungert, ihrer Würde beraubt?“[4] Hingewiesen wird also auf schwerwiegende Missstände, unter denen besonders Pflegeheimbewohner(innen), aber ebenso Pflegefachkräfte zu leiden haben. Hingewiesen wird weiter auf die demografischen, pflege- und volkswirtschaftlichen sowie sozialstaatlichen Ursachen dieser Missstände wie auch auf mögliche Lösungsansätze. Die Lektüre vermittelt zumeist den Eindruck, dass das hohe Alter gegenwärtig kaum lebenswert sei.

Negativfolgen des hohen Alters werden besonders auch in Artikeln zum Thema Demenz beschrieben. Demenz, allen voran die am häufigsten diagnostizierte Form der Alzheimer-Demenz, gilt etwa als „Preis des langen Lebens“ – ein Preis, der in seiner Schrecklichkeit nicht zu überbieten sei.[5] Diese geläufige Überzeugung bringt auch der Kolumnist Franz Josef Wagner im nachfolgenden Zitat zum Ausdruck. Wagner kommentiert darin ein Interview, dass Inge Jens zur Demenzerkrankung ihres Mannes, dem Rhetorikprofessor Walter Jens, gegeben hat: „Wer dieses Interview liest, hat keine Angst mehr vor Krebs oder Flugzeugabstürzen – er hat Angst vor Demenz – vor dem Leben, kein Mensch mehr zu sein.“[6]

Angesichts der hohen Verbreitung demenzieller Beeinträchtigungen sowie der besonderen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Betroffenen wird Demenz jedoch nicht nur als individuelle, sondern ebenso als kollektive Katastrophe charakterisiert. Die neue „Volkskrankheit“, so die Einschätzung, droht Deutschland in eine „Demenz-Republik“ zu verwandeln.[7] In dieser gibt es neben den Demenzkranken selbst eine wachsende Zahl „Mitleidender“, nämlich die pflegenden Angehörigen, zumeist repräsentiert als ganz und gar deprimierte, physisch wie psychisch ausgebrannte Personengruppe („Alzheimer zerstört die Familie“).[8] Von einer schweren finanziellen Mitleidenschaft ist zudem in Hinblick auf das Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssystem der „Demenz-Republik“ die Rede: „Demenzerkrankungen – Der teure Fluch des Alters“.[9] Eine solche Wahrnehmung ist jedoch nicht nur auf das Phänomen Demenz beschränkt. Auch Hochbetagte mit stärkeren körperlichen Beeinträchtigungen finden sich häufig als familiäre Bürden und solidargemeinschaftliche „Kostenfaktoren“ beschrieben.

Gemeinsam ist den erwähnten Darstellungen somit, dass sie vor allem defizitäre Zusammenhänge aufzeigen, die tendenziell verallgemeinert und pauschal bewertet werden. Dabei ist dieses Bild des verletzlichen hohen Alters durchaus nicht alternativlos, was zum

[1] Als Untergrenze der Hochaltrigkeit wird hier ein Alter von 80 Jahren gesetzt. Vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität, Bd. 1, Hannover 2004.

[2] Vgl. Johannes Piepenbrink, Editorial, in: APuZ, (2015) 31–32, S. 2.

[3] Vgl. Thomas Rentsch/Harm-Peer Zimmermann/Andreas Kruse (Hrsg.), Altern in unserer Zeit: Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit, Frankfurt/M.–New York 2013.

[4] Marie-Luise Hauch-Fleck, Der wahre Pflege-Notstand. Für alte Leute, 1.10.2007, www.zeit.de/2007/40/Argument-Pflege (20.7.2015). Vgl. auch Juliane Schäuble, Alte Menschen. Der Skandal am Lebensende, 9.10.2014, www.tagesspiegel.de/meinung/alte-menschen-der-skandal-am-lebensende/10771536.html (18.8.2015).

[5] Vgl. Herbert Kremp, Er hat die Welt verändert: Ronald Reagan zum 92., 6.2.2003, www.welt.de/print-welt/article365947/Er-hat-die-Welt-veraendert-Ronald-Reagan-zum-92.html (18.8.2015).

[6] Franz Josef Wagner, Post von Wagner. Liebe Inge Jens, 2.4.2008, www.bild.de/news/standards/post-von-wagner-03-04-4168126.bild.html (18.8.2015).

[7] Vergesslich, aggressiv, verwirrt. Experten warnen vor Demenz-Republik Deutschland, 3.9.2014, www.focus.de/gesundheit/experten-warnen-demenz-droht-volkskrankheit-nummer-eins-zu-werden_id_4106683.html (18.8.2015).

[8] Shannon Brownlee, Der Alzheimer-Krankheit auf der Spur, in: Reader's Digest, (1992) 2, S. 63ff.

[9] Jahel Mielke, Demenzerkrankungen. Der teure Fluch des Alters, 13.12.2011, www.tagesspiegel.de/wirtschaft/demenzerkrankungen-der-teure-fluch-des-alters/5956350.html (18.8.2015).

Beispiel neuere Entwicklungen in der Demenzdebatte belegen. Betroffene, Angehörige, Interessensgruppen, wissenschaftliche Studien und nicht zuletzt mediale Reportagen weisen zunehmend darauf hin, dass Menschen mit Demenz neben Defiziten auch Potenziale haben, dass sie sowie auch pflegende Angehörige positive Erfahrungen machen können und dass Demenz die Solidargemeinschaft mitnichten zerstören muss, sondern vielmehr zur Verstärkung solidarischer Lebensformen zwingt.[10] Der anthropologische Rahmen dieser Diskussion ist ein Menschenbild, in dem – anders als in defizitorientierten Demenzdeutungen üblich – Menschlichkeit nicht auf das Vorhandensein unbeeinträchtigter kognitiver Potenziale reduziert wird.

Derartige kollektive Altersbilder geben grundlegende Orientierungen für den Umgang mit (hoch)betagten Menschen sowie für den Umgang mit dem eigenen Alter(n). Infolgedessen können sie manifeste praktische Folgen haben. Einerseits zum Positiven: Wenn etwa die Berichterstattung über Missstände zu deren Beseitigung führt. Anderseits zum Negativen: Wer hochbetagte Menschen als unselbständige und hilflose „Pflegefälle" wahrnimmt, die vor allem einer fürsorglichen Unterstützung bedürfen, wird ihnen möglicherweise kontrollierend und bevormundend begegnen. Und wer unter Einfluss der Vorstellung gerät, dass das verletzliche hohe Alter mehr oder minder unlebenswert sei und noch dazu eine kaum tragbare Last für die soziale Umwelt darstelle, dem mag unter Umständen die Möglichkeit eines „präventiven Suizids" attraktiv erscheinen: Lieber tot als ein Pflegefall.[11]

Alte Meister in Turnschuhen

Auch wenn in den Medien tendenziell bezweifelt wird, dass das Leben Hochbetagter gelingen kann, bleibt die lange Zeit gängige Gleichsetzung von hohem Alter und Gebrechlichkeit zunehmend aus. Vielmehr finden körperlich oder geistig unbeeinträchtigte Hochbetagte verstärkt Beachtung. Das trifft unter anderem im Fall des Inders Fauja Singh zu, denn als erster 100-jähriger Marathonläufer der Welt ist er „hochbetagt, und doch fit im Turnschuh": „Von Altersmüdigkeit keine Spur."[12] Große Bewunderung löst auch die 1925 geborene Johanna Quaas aus, denn sie ist die „älteste Wettkampfturnerin der Welt".[13] Wertschätzung erfahren ebenfalls solche Hochbetagten, denen der Erhalt oder die Wiedergewinnung körperlicher Potenziale auf weniger spektakuläre, aber dennoch eindrückliche Weise gelingt. Die ehemalige Balletttänzerin Ingrid Rabe wird etwa porträtiert, weil sie ein Spagat vollführen kann, und zwar vier Wochen nach einem Schlaganfall, der zunächst zu einer linksseitigen Lähmung geführt hatte. Die Reportage zeigt dabei auch, was die Ursache dieses Triumphs ist, nämlich Rabes starker Wille und ihr unablässiges Training: „Sie fand sich nicht mit ihrem Schicksal ab, sondern arbeitete hartnäckig daran, wieder Herrin ihres Körpers zu sein."[14]

Medial stark präsent sind überdies Hochbetagte, die sich durch besondere geistige Leistungen beziehungsweise ein spezifisches Wissen auszeichnen. Vielfach handelt es sich hier um Größen aus Kunst, Politik, Wissenschaft und Wirtschaft. „Alter Meister", so wird etwa Leonard Cohen anlässlich seines 80. Geburtstags bezeichnet und folgender Vergleich zu seinen jüngeren Jahren gezogen: „Der alte Cohen (…) ist ein in jeder Hinsicht attraktiver, gelassener gewordener Avatar des einstmals schwarzzornigen, resignativen jungen Mannes." Attraktivitätssteigerung statt Resignation, künstlerischer Zugewinn statt Verfall. Menschen im hohen Alter, überwiegend männlichen Geschlechts, stehen in derartigen Darstellungen als äußerst kreativ-schöpferische Personen im Fokus. Darüber

[10] Vgl. Heinrich Grebe, Die Wiederbelebung der „leeren Hülle". Zur metaphorischen Ko-Konstruktion von Demenz in potenzialorientierten Kontexten, in: Zeitschrift für Volkskunde. Beiträge zur Kulturforschung, 111 (2015) 2 (i. E.).

[11] Vgl. Angi Baldauf, Aus Angst ein Pflegefall zu werden. 50 Prozent der Deutschen würden den Freitod wählen, 12.12.2012, www.bild.de/politik/inland/umfrage/50-prozent-der-deutschen-wuerden-den-freitod-waehlen-aus-angst-ein-pflegefall-zu-werden-27621902.bild.html (18.8.2015).

[12] Rekordläufer in Frankfurt. Der 100-jährige Turnschuh-Mann, 17.10.2011, www.sueddeutsche.de/panorama/guinness-rekord-in-toronto-der-jaehrige-turnschuh-mann-1.1166130 (21.8.2015).

[13] 87-jährige Turnerin: Alte!, 18.11.2012, www.spiegel.de/panorama/johanna-quaas-ist-die-aelteste-turnerin-der-welt-a-867886.html (18.8.2015).

[14] Siom Letiek, Schwerer Schlaganfall mit 88 – und vier Wochen später machte Ingrid Rabe schon wieder Spagat, in: Neue Post, (2004) 47, S. 56 f.

hinaus werden Hochbetagte, und zwar ebenfalls vornehmlich Männer, vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Vergangenheit als reife und weise Ratgeber gekennzeichnet. Exemplarisch dafür ist die Schlagzeile zu einer Begegnung von Helmut Schmidt und Richard von Weizsäcker: „Hier treffen sich fast 200 Jahre politische Weisheit!"[15] Besondere geistige Potenziale werden des Weiteren in zahlreichen Meldungen über Hochbetagte herausgestellt, die studieren und einen akademischen Titel erwerben. Ihr Beispiel zeigt nicht zuletzt, dass auch Menschen im hohen Alter dem Imperativ des lebenslangen Lernens gerecht werden können: „Zum Studieren ist es nie zu spät."[16]

Die Zusammenschau von Darstellungen dieser Art zeigt, dass hier ganz spezifische Aktivitätsformen im Zentrum stehen und als Erfolgsmaßstab dienen. Zum einen handelt es sich dabei um körperliche Aktivitäten wie turnerische und akrobatische Übungen oder präventiv-rehabilitative Maßnahmen. Zum anderen geht es um spezifische Betätigungen, für die geistige Potenziale entscheidend sind. Dazu gehört besonders die künstlerische Arbeit, die Weitergabe von Erfahrungen und Wissen oder die eigene Weiterbildung. Diese spezifischen Aktivitäten finden nicht zuletzt deshalb besondere Beachtung, weil sie zeigen, dass der Wunsch nach einem mehr oder minder unbeeinträchtigten Alterungsprozess realisierbar ist. Fauja Singh, Johanna Quaas oder Ingrid Rabe gelingt es, die körperliche Verletzlichkeit des hohen Alters auf Distanz zu halten. Die intellektuelle Gruppe hingegen beweist, dass geistige Potenziale selbst im Angesicht etwaiger körperlicher Beeinträchtigungen relativ verletzungsfrei und vor allem wachstumsfähig bleiben können. Die enorme Anerkennung, die den erfolgreichen Hochbetagten und ihren Aktivitäten zuteil wird, lässt sich hingegen mit Bezug auf einflussreiche gesellschaftliche Wertvorstellungen erklären. Denn die betreffenden Personen erweisen sich in ihrem Tun als ebenso diszipliniert wie produktiv – Ruhestand oder Müdigkeit scheinen für sie keine Optionen zu sein, wie sie auch niemanden zur Last fallen, sondern Jüngere stattdessen inspirieren und unterstützen. Aus diesem Grund wird ihnen auch ein Vorbildcharakter und der Status einer gesellschaftlichen Bereicherung zugeschrieben.

In Hinblick auf mögliche Orientierungseffekte bleibt dreierlei festzuhalten. Erstens vermitteln diese Erfolgsgeschichten ein Gegenbild zu Belastungs- und Verfallsvorstellungen, indem sie die Vielfältigkeit des hohen Alters anhand positiver Erfahrungs- und Entwicklungsmöglichkeiten belegen.[17] Zweitens kann dieses strahlende Altersbild aber auch zur Verschärfung der Situation beitragen. Denn individuell sowie gesellschaftlich potenzialträchtig und deshalb annehmbar scheint das hohe Alter nur dann zu sein, wenn es von körperlichen, zumindest aber von geistigen Verletzlichkeiten befreit bleibt. Eine Situation, in der die „Herrschaft" über den Körper oder – schlimmer noch – über den Geist verloren geht, wird hier zum Inbegriff existenziellen Misserfolgs. Drittens weist die mediale Berichterstattung nicht nur körperlich-geistige Erfolgsbeispiele aus, sie betont dabei ebenfalls, dass die Erfolgreichen ihre vorteilhafte Lage durch unablässiges präventiv-rehabilitatives Engagement eigenverantwortlich hergestellt haben. Dieser exemplarische Beleg der großen Gestaltbarkeit des Alterungsprozesses kann in den Umkehrschluss münden, dass pflegebedürftige Hochbetagte mangelhaften „Widerstand" gegen körperliche und geistige Beeinträchtigungen geleistet haben. Ein solches „Versagen" könnte zudem zum Beleg für die moralische Verantwortungslosigkeit der Betroffenen werden, denn als Pflegebedürftige legen sie der Gesellschaft schwerwiegende finanzielle Belastungen auf. Das erfolgreiche hohe Alter wird in derartigen Situationen zu

[15] Dieses Foto bewegt. Hier treffen sich fast 200 Jahre politische Weisheit! Alt-Kanzler Schmidt und Ex-Bundespräsident von Weizsäcker in Hamburg, 7.11.2014, www.bild.de/politik/inland/richard-von-weizsaecker/schmidt-weizsaecker-in-hamburg-38479024.bild.html (18.8.2015).

[16] Greise Doktorandin. 93-Jährige promoviert über Weltwirtschaftskrisen, 26.4.2014, www.handelsblatt.com/panorama/aus-aller-welt/greise-doktorandin-93-jaehrige-promoviert-ueber-weltwirtschaftskrisen/9809260.html (18.8.2015).

[17] Gewissermaßen wird damit eine jüngere Entwicklung in der Gruppe der Hochbetagten abgebildet: „There is strong and consistent evidence of downward trends in limitations in late life functioning in most developed economies such as Finland, Japan, Netherlands, Sweden and the United States." Chris Gilleard/Paul Higgs, The Fourth Age and the Concept of ‚Social Imaginary': A Theoretical Excursus, in: Journal of Aging Studies, 27 (2013) 4, S. 374.

einem verpflichteten Leitbild, das auf eine biopolitische Kontrolle, also eine Regulierung der physisch-kognitiven Konstitution der hochbetagten Bevölkerung hinwirkt.[18]

Das hohe Alter und die Sorge um sich

Im Rahmen der eingangs erwähnten Studie konnte ich elf Frauen und drei Männer zwischen 80 und 101 Jahren zu der Möglichkeit eines guten Lebens im hohen Alter befragen. Einerseits haben meine Gesprächspartner(innen) hier in verallgemeinernder Weise die Themen Gesundheit, Selbstständigkeit, materielle Sicherheit sowie soziale Einbindung angesprochen. Mit Bezug auf den eigenen Alltag wurden andererseits ganz konkrete wertgeschätzte Tätigkeiten und Erfahrungen beschrieben. Darunter etwa die Beobachtung von sozialer Umwelt und Natur, die Begegnung mit anderen Menschen – und sei diese auch noch so flüchtig, die Kontemplation, die Verwirklichung von Entspannungs- und Ruhephasen, der Genuss von Speisen und Getränken oder die Rezeption von Unterhaltungs- und Informationsangeboten. Bezeichnenderweise handelt es sich dabei vielfach um Zusammenhänge, die im Aktivitätenkanon des erfolgreichen hohen Alters unbeachtet bleiben – oder problematisiert werden, wie zum Beispiel „unproduktives Ausruhen“ und der „passive Konsum“ von Fernsehsendungen.

Besonders aufschlussreich waren die Gespräche zudem hinsichtlich solcher Vorgehens- und Anschauungsweisen, mit denen die Befragten subjektiv positive Situationen herzustellen versuchen und auf Verluste sowie Herausforderungen reagieren. In Anlehnung an den Philosophen Michel Foucault spreche ich hier von „Technologien des Selbst“, die die Grundlage einer Selbstsorge sind.[19] Foucault hat derartige Selbstsorgetechnologien am Beispiel griechisch-römischer Schriften zur Ethik der Sorge um sich analysiert. Sie sollten es dem Einzelnen ermöglichen, „aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer eine Reihe von Operationen an seinem Körper oder seiner Seele, seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Existenzweise vorzunehmen, mit dem Ziel, sich so zu verändern, dass er einen gewissen Zustand des Glücks, der Reinheit, der Weisheit, der Vollkommenheit oder der Unsterblichkeit erlangt.“[20] Die Selbstsorgepraktiken meiner Gesprächspartner(innen) stehen nicht in Verbindung mit einem elaborierten ethischen Kontext wie dem der antiken Sorge um sich. Foucaults Schriften liefern gleichwohl einen fruchtbaren theoretischen Rahmen für die Erfassung und Deutung von Formen der Lebensgestaltung, wie sie sich etwa in der Auseinandersetzung mit den Verletzlichkeiten und Grenzen des Daseins vollziehen oder in Reaktionen auf bestimmte soziale Zusammenhänge.

Vieles von dem, was ich als Ausdruck einer Selbstsorge hochbetagter Menschen deute, erscheint zunächst unerheblich und dient auch weniger der Erlangung von Reinheit, Weisheit oder Vollkommenheit. Um einen „gewissen Zustand des Glücks“ geht es hingegen sehr wohl, wie das Beispiel des 85-jährigen Herrn Boll zeigt. Er besucht täglich den nahegelegenen Supermarkt, um dort ein Stück Obst oder eine andere Kleinigkeit zu kaufen. Unbedingt notwendig sind diese Einkäufe kaum – auch deshalb nicht, weil der diabeteskranke Herr Boll und seine Ehefrau von einem ambulanten Pflegedienst mit Mahlzeiten versorgt werden. Da mich jedoch vorangegangene Gespräche für den Stellenwert derartiger „Shoppingtouren“ sensibilisiert hatten, bemerkte ich dazu: „Und dann trifft man vielleicht mal jemanden beim Einkaufen.“ Worauf Herr Boll entgegnete: „Treffen sie immer jemand, da treffen sie immer jemanden. Der eine ist Schalker Fan, der eine ist von Dortmund Fan und da wird sich unterhalten, woll, und das, das ist schön, ne.“ Herr Boll legte damit den eigentlichen Grund für seine anhaltende Konsumfreude offen. Es ist die Aussicht auf ein Zusammentreffen mit anderen Menschen – bestenfalls solchen, die seine Fußballleidenschaft teilen. Was gemeinhin als Small Talk disqualifiziert wird, stellt also einen sehr guten Moment im Tages-

[18] Für die gesellschaftliche Nutzbarmachung der sogenannten „jungen Alten“ vgl. Silke van Dyk/Stephan Lessenich, Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur, Frankfurt/M.–New York 2009.

[19] Vgl. Heinrich Grebe, Selbstsorge im Angesicht von Verletzlichkeit und Endlichkeit: Facetten einer Lebenskunst des hohen Alters, in: T. Rentsch/H.-P. Zimmermann/A. Kruse (Anm. 3), S. 136–146.

[20] Michel Foucault, Technologien des Selbst, in: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst, Frankfurt/M. 2007, S. 289.

verlauf von Herrn Boll dar, weshalb er solche Situationen beständig herzustellen versucht.

Auch für die 88-jährige Frau Uhl sind Small-Talk-Situationen wichtig. Diese erlebt sie vor allem im Austausch mit den Pflegefachkräften der Betreuungseinrichtung, in der sie seit einem Schlaganfall lebt. Frau Uhl erzählte mir von Urlaubsreisen nach Bad Vilbel, die sie mit ihrem mittlerweile verstorbenen Mann unternommen hatte: „Das sind so selige Erinnerungen dann (…)“. Nach meiner Wiederholung der Formulierung „selige Erinnerungen“ erläuterte Frau Uhl: „Ja, wenn ich irgendwelche Sorgen hab, (…) mit denen ich einschlafen würde, dann versuche ich mich an irgendwas von Bad Vilbel zu erinnern.“ Anlass zu quälenden Sorgen gibt Frau Uhl vor allem der Tod ihres Mannes, aber auch ihr schlechter gesundheitlicher Zustand, die Abnahme ihrer Beweglichkeit, ihre Inkontinenz oder die Situation einiger Angehöriger. Um zu verhindern, dass ihre Probleme sie gedanklich überwältigen, greift sie bewusst auf Erinnerungen an positive Lebenserfahrungen (Bad Vilbel) zurück. Das Mittel der Rückerinnerung ermöglicht es Frau Uhl wie auch einigen anderen Befragten, Verlust- und Verletzlichkeitssituationen zumindest zeitweise etwas zu entschärfen.[21]

Die folgenden zwei Beispiele sollen abschließend zeigen, inwiefern bestimmte Selbstsorgepraktiken auf soziale Herausforderungen reagieren, denen sich Hochbetagte ausgesetzt sehen. Die 87-jährige Frau Menn lebte zum Zeitpunkt unseres Gesprächs allein und wurde bei der Körper- und Wohnungspflege von einem Pflegedienst unterstützt. Ein Bekannter war ihr bei den Lebensmitteleinkäufen behilflich, wobei es jedoch wiederholt zu Schwierigkeiten kam: „Wir gehen (…) jeden Mittwoch auf den Markt (…). Und wenn ich da nicht so schnell mein Geld aus dem Portemonnaie raus krieg, dann zahlt er schon oder nimmt es schon raus (…) Ich habe versucht ihm klar zu machen: Ich möchte doch wieder selbstständig werden.“ Frau Menn erfährt an dieser Stelle eine Behinderung, die nicht aus ihren körperlichen Beeinträchtigungen resultiert, sondern sozialer Natur ist. Sie kann und will trotz der damit verbundenen Mühen eigenständig bezahlen und somit Selbstsorge durch Selbstverteidigung betreiben – doch ihr Bekannter unterbindet das und beschränkt so ihre Handlungsmöglichkeiten. Es handelt sich hier um ein Verhalten, das nicht zuletzt eng mit der Vorstellung verbunden ist, körperlich beeinträchtigte Hochbetagte seien rundherum hilflos und fürsorgebedürftig.

Das Beispiel der 84-jährigen Frau Laar zeigt hingegen, inwiefern gesellschaftliche Demenzbilder zu einer manifesten Bedrohung für die Selbstbestimmung hochbetagter Menschen werden können. Eines Abends hatte Frau Laar eine irritierende optische Wahrnehmung: Auf dem Sofa ihrer Wohnung sah sie die einige hundert Kilometer entfernt lebende Enkeltochter sitzen. Wie sich im Gespräch mit ihrer Tochter herausstellte, handelte es sich um eine Halluzination, denn das Kind war bei den Eltern zu Hause. Die Tochter begann daraufhin den geistigen Zustand von Frau Laar zu hinterfragen und versuchte, sowohl eine psychiatrische Untersuchung ihrer Mutter herbeizuführen, als auch deren Konto sperren zu lassen. Zum einen hat das Frau Laar enttäuscht und wütend gemacht: „Ich war ja doch ein bisschen sauer da drüber, dass die so flink an mir zweifelt, denn die hat mich doch besser gekannt wie alle andere(n).“ Zum anderen hat sie aus dieser Erfahrung praktische Konsequenzen gezogen: „Seit dieser Zeit traue ich (mich) überhaupt nicht mehr, irgendwas zu erzählen. Auch bei meiner Tochter nicht. Zum Beispiel irgendwelche irren Träume, ja.“ Um zu verhindern, dass ihre geistige Leistungsfähigkeit noch einmal in Zweifel gezogen werden kann, verschweigt Frau Laar Erfahrungen und Wahrnehmungen wie Halluzinationen oder „irre Träume“. Es handelt sich dabei um eine Selbstverteidigungsstrategie, die nicht zuletzt auf den Erhalt der eigenen Geschäftsfähigkeit zielt, und zwar indem das Aufkommen eines Verdachts verhindert wird, dem sich Hochbetagte bei etwaigen Fehlleistungen schnell ausgesetzt sehen: Ist es Demenz? Zwar reicht „die Verdachtsdiagnose ‚Demenz‘ für einen Verlust der Geschäftsfähigkeit“[22] nicht aus – dennoch zeigt das Beispiel, wie problematisch und folgenreich bereits Vermutungen über etwaige geistige Defizite sein können.

[21] Vgl. Philippe Cappeliez/Marilyn Guindon/Annie Robitaille, Functions of Reminiscence and Emotional Regulation among Older Adults, in: Journal of Aging Studies, 22 (2008) 3, S. 266–272.

[22] Ingrid Hametner, 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz, Hannover 2014³, S. 76.

Über die aufgeführten Beispiele hinaus manifestiert sich die Selbstsorge Hochbetagter etwa auch in bestimmten Formen der Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit, in der Lebensbilanzierung und der Hervorbringung einer erneuerten Selbstinterpretation, in der Annahme der Unerfüllbarkeit bestimmter Lebensziele oder in der Aneignung einer besonderen Gelassenheit („Alters-Coolness").[23] Die betreffenden Technologien des Selbst ermöglichen es hochbetagten Menschen, sich in ihrem Alltag und ganz besonders im Angesicht altersbedingter Verluste und Belastungen aufzumuntern und zu erfreuen, Misslichkeiten standzuhalten, sich als Person wertzuschätzen oder die eigene Person zu schützen.[24] Gerade letzterer Aspekt unterstreicht, dass Selbstsorgepraktiken oftmals auf eine soziale Umwelt reagieren, die Menschen im hohen Alter vor dem Hintergrund spezifischer Altersbilder (wohlmeinend) kontrolliert und behindert. Gleichwohl stellt Selbstsorge kein „Allheilmittel" dar, das jede Behinderung, jeden Verlust und jedes Problem zu beseitigen oder abzufangen ermöglicht. Folglich kann tiefe Verzweiflung auch nicht einfach auf unterlassene Selbstsorge zurückgeführt werden. Überdies gilt, dass bei der Fokussierung auf Technologien des Selbst keineswegs außer Acht geraten darf, dass hochbetagte Menschen auf vielfältige und zum Teil sehr intensive Weise Sorge um andere tragen: Selbstsorge schließt Generativität keineswegs aus.[25]

Hochbetagte als Vertreter ihrer selbst

Genauso wie eine Gleichsetzung des hohen Alters mit Krankheit und Gebrechlichkeit fehl läuft, ist auch die Einschätzung irrig, dass es im hohen Alter im Allgemeinen und vor allem beim Eintreten gesundheitlicher und funktionaler Probleme zum Verlust von Handlungsmächtigkeit und Selbstbestimmung (*loss of agency*) kommen muss.[26] Zurückzuführen ist diese Fehleinschätzung besonders auf eine mangelnde Sensibilität gegenüber der Selbstsorge hochbetagter Menschen – sie wird häufig übersehen beziehungsweise nicht als solche wahrgenommen. Erstens, weil verschiedene Selbstsorgepraktiken im Inneren ablaufen, was die Rückerinnerung von Frau Uhl oder die Selbstverteidigungsstrategie von Frau Laar veranschaulichen. Zweitens, weil viele Selbstsorgepraktiken nicht jenen Produktivitätsformen entsprechen, für die die erfolgreichen Hochbetagten Lob erfahren. Für Herrn Boll etwa sind Stehgreifgespräche zum Thema Fußball wichtig – Interesse an einer Promotion zeigt er hingegen nicht. Drittens wird die Selbstsorge Hochbetagter häufig auf ganz spezifische Weise fehlgedeutet. Wenn sich Menschen im hohen Alter an Wochenmarktheken und Supermarktkassen so verhalten wie Frau Menn, gelten sie zumeist nicht als Unabhängigkeitskämpferinnen, sondern als „starrsinnige Alte". Auch die Selbstsorge von Menschen mit Demenz bleibt oftmals unbeachtet. Etwa dort, wo man „herausforderndes Verhalten" allein auf eine Erkrankung des Gehirns zurückführt und folglich nicht in Betracht zieht, dass dieses Verhalten auch ein Bemühen um die Verwirklichung persönlicher Interessen zum Ausdruck bringen kann.[27]

Eine erhöhte Sensibilität gegenüber der Selbstsorge von hochbetagten Menschen würde hingegen die Einsicht geradezu aufdrängen, dass sie grundsätzlich als Vertreter ihrer Selbst anzuerkennen sind. Allgemeinverbindliche Erfolgsmodelle, die auf einem reduktionistischen Aktivitäts- und Produktivitätsbegriff beruhen und die zu einer biopolitischen Kontrolle des hohen Alters beitragen, vermitteln eine solche Einsicht nicht.

[23] Vgl. Harm-Peer Zimmermann/Heinrich Grebe, „Senior Coolness": Living well as an Attitude in Later Life, in: Journal of Aging Studies, 28 (2014) 1, S. 22–34.
[24] Es scheint deshalb zulässig, gelingende Selbstsorge als eine Ursache für das Zustandekommen des „Paradox des subjektiven Wohlbefindens" zu deuten. Dieses Paradox besteht in dem Widerspruch zwischen einer objektiv negativen, weil belastungsreichen Lage und dem subjektiven Wohlbefinden der in dieser Lage befindlichen Personen. Vgl. Ursula Staudinger, Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens, in: Psychologische Rundschau, 51 (2000) 4, S. 185–197.
[25] Vgl. Andreas Kruse, Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter, 2014, http://www.uni-heidelberg.de/md/presse/news2014/generali_hochaltrigenstudie.pdf (20. 7. 2015).
[26] Vgl. Liz Lloyd et al., Identity in the Fourth Age: Perseverance, Adaption and Maintaining Dignity, in: Ageing and Society, 34 (2014) 1, S. 1–19, hier: S. 4 ff.
[27] Für Ansätze zur Erklärung von herausforderndem Verhalten vgl. Margareta Halek/Sabine Bartholomeyczik, Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Hannover 2006, S. 45 ff.

Genauso wenig tun das „Verletzlichkeitserzählungen“, die das Zustandekommen von Situationen dysfunktionaler Abhängigkeit begünstigen – einer Abhängigkeitsform, „durch die der Mensch daran gehindert wird, jene Handlungen selbstständig auszuführen, die er (…) relativ autonom ausführen könnte“.[28] Abhängigkeit muss jedoch Selbstvertretung keineswegs ausschließen: Wer auf Hilfs- und Pflegeleistungen angewiesen ist, verliert dadurch nicht zwangsläufig seine Selbstbestimmung, sondern kann sie oftmals nur so – nämlich mit Unterstützung anderer – überhaupt erst verwirklichen.

Hieraus leitet sich eine entscheidende gesellschaftliche Herausforderung ab: Wenn das hohe Alter nicht tatsächlich zu einem Autonomieverlust führen soll, kommt es auf Lebensumstände an, in denen subjektive Selbstsorge anerkannt und erforderlichenfalls von einer „nicht-paternalistischen Fürsorge“ unterstützt wird.[29] Ansätze dazu werden sowohl im Bereich der institutionellen Altenhilfe erprobt als auch im Rahmen von ersten Aktionen mit kommunalem Bezug entwickelt.[30] Was die betreffenden Initiativen ernst nehmen, ist die soziokulturelle Plastizität des Alter(n)s, also den Umstand, dass dessen Möglichkeiten und Grenzen ganz entscheidend von gesellschaftlichen Perspektiven und Praktiken abhängen. Damit wird der Machbarkeitsgedanke, der gegenwärtig vor allem noch auf die biologische sowie die psychologische Plastizität des Alter(n)s beschränkt ist, neu akzentuiert und erweitert. Nämlich auf die Frage hin, welche sozialen und kulturellen Potenziale für die Verwirklichung eines subjektiv guten Lebens im hohen Alter erschlossen werden können.

[28] Andreas Kruse, Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (2005) 4, S. 276.

[29] Vgl. Theda Rehbock, Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe, in: Ethik in der Medizin, 14 (2002), S. 143 ff.

[30] Vgl. Aktion Demenz e. V., Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen, www.demenzfreundliche-kommunen.de/ (20. 7. 2015). Siehe hierzu auch den Beitrag von Shingo Shimada in dieser Ausgabe *(Anm. d. Red.)*.

Marianne Egger de Campo

Seniorensitterinnen? Globale Dienstbotinnen? Personenbetreuerinnen!

Seit etwa 25 Jahren tritt in den wohlhabenden europäischen Gesellschaften ein Phänomen der Betreuung und Pflege von Hochbetagten gehäuft auf, das ein Problem zu lösen scheint: die Rund-um-die-Uhr-Betreuung von alten und gebrechlichen Menschen durch osteuropäische Frauen. Denn die Anforderungen unserer Erwerbsarbeit erschweren zunehmend diejenige Arbeit, die in der und für die Familie unbezahlt geleistet wird, von der feministischen Ökonomie als *care deficit* bezeichnet. Daher bietet für viele Familien der oberen Mittelschicht eine im Haushalt des Pflegebedürftigen lebende Hilfskraft eine leistbare und komfortable Alternative zur institutionellen Pflege. Die 24-Stunden-Betreuung durch „gute Wesen“ aus Osteuropa[1] wird in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Italien[2] und anderen wohlhabenden west- und mitteleuropäischen Gesellschaften in ähnlicher Form und Organisation angeboten. Legalisiert wurde sie aber nur in Österreich 2007. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über Art und Umfang dieser neuen globalen Dienstleistung in Österreich und Deutschland und widmet sich den Hintergründen der österreichischen Legalisierung.

Marianne Egger de Campo
Dr. rer. soc. oec., geb. 1966 in Österreich; Professorin für Soziologie an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Alt Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin.
marianne.egger@hwr-berlin.de

Wie viele derartige Betreuungsverhältnisse gibt es?

Die 24-Stunden-Betreuung für alte Menschen bietet für etwa 1500 Euro im Monat

[1] Vgl. www.gute-wesen.de/index.html (24. 7. 2015).

[2] In Italien heißen sie „Badanti“.

Unterstützung in der Lebens- und Haushaltsführung für alte, gebrechliche oder demente Menschen durch Frauen aus Osteuropa. Die Betreuerin wohnt im Haushalt des Auftraggebers beziehungsweise der Auftraggeberin, steht somit 24 Stunden zur Verfügung und wird in der Regel nach vierzehn Tagen von einer Kollegin abgelöst. Vermittlungsagenturen bewerben dieses Arrangement bei den Angehörigen der potenziellen Empfänger, rekrutieren Betreuerinnen und navigieren durch den bürokratischen Dschungel und durch Gesetzeslücken. Das lassen sie sich mit einer einmaligen Vermittlungsprovision zwischen 350 und 1200 Euro oder jährlichen Vermittlungspauschalen abgelten.[3] In Österreich werden 24-Stunden-Betreuerinnen seit der Legalisierung auch durch die Wohlfahrtsträger vermittelt, die die öffentlich finanzierte Hauskrankenpflege anbieten.

Wegen der Irregularität dieser Dienstleistung, das heißt, sie wird in den Grauzonen des Rechts bereitgestellt, und weil sie in privaten Haushalten erbracht wird, existieren nur Schätzungen über die genaue Zahl dieser Betreuungsverhältnisse. Dies gilt insbesondere für Deutschland. Der Fünfte Altenbericht 2005 gab Expertenschätzungen wieder, denen zufolge etwa 50 000 bis 60 000 polnische Pflegehilfen als selbstständige 24-Stunden-Betreuerinnen (also als Einzelunternehmerinnen) in Deutschland tätig seien, wofür sie 500 bis 800 Euro monatlichen Lohn sowie freie Unterkunft und Verpflegung erhalten.[4] Schätzungen einer aktuelleren Studie zufolge handle es sich deutschlandweit um 100 000 Haushalte, die Hilfen aus Osteuropa einsetzen.[5] Die monatlichen Löhne dieser selbstständigen osteuropäischen Pflegekräfte dürften zwischenzeitlich jedoch bereits auf mindestens 1300 Euro gestiegen sein, was aus den über 50 Zeugenaussagen in einem Prozess zur Scheinselbstständigkeit in München 2008 hervorgeht.[6]

In Österreich ist die Datenlage seit der Legalisierung etwas besser, nicht zuletzt deshalb, weil die Betreuten sich Unterstützung vom Sozialministerium holen können. So besagt eine aktuelle Statistik des Sozialministeriums, dass 2014 über 22 700 Pflegebedürftige diese Förderung erhalten haben. Das sind immerhin 5 Prozent aller Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegegeldgesetzes.[7] Diese 22 700 Rund-um-die-Uhr-Betreuten gehören mit ihrem Durchschnittsalter von über 82 Jahren der Gruppe der hochbetagten Österreicherinnen und Österreicher an.

Auch aus der Zahl der selbstständigen Betreuungskräfte lässt sich die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung schätzen: Per 31. März 2015 waren 51 954 selbstständige Personenbetreuer und Personenbetreuerinnen als aktive Mitglieder in den Wirtschaftskammern der österreichischen Bundesländer registriert.[8] Geht man vom typischen Betreuungsverhältnis (zwei Betreuerinnen für einen Senior) aus, dürften in Österreich also rund 25 000 alte Menschen in 24-Stunden-Betreuung sein.

Größenverhältnisse

In Deutschland waren nach der jüngsten Pflegestatistik 2013 2,6 Millionen Deutsche pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches. Davon befanden sich etwa 30 Prozent in stationärer Vollzeitpflege in Heimen und der überwiegende Anteil von 70 Prozent lebte im Privathaushalt. Innerhalb der Gruppe der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen wiederum entschieden sich 1,24 Millionen Personen, das Pflegegeld (anstelle von Sachleistungen beispielsweise in Form ambulanter Dienste) in Anspruch

[3] Vgl. Tom Schmid, Hausbetreuung – die Legalisierungs-Policy in Österreich, in: Christa Larsen/Angela Joost/Sabine Heid (Hrsg), Illegale Beschäftigung in Europa: die Situation in Privathaushalten älterer Personen, München 2009, S. 53–78, hier: S. 62.

[4] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (Hrsg.), Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin 2005, S. 316.

[5] Andrea Neuhaus/Michael Isfort/Frank Weidner, Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen, Köln 2009, S. 84.

[6] Vgl. Urteil 1115 OWi 298 Js 43552/07 (Amtsgericht München 2008).

[7] Persönliche Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abt. IV/B vom 11. 7. 2015.

[8] Persönliche Mitteilung der Wirtschaftskammer Österreich, Stabsabteilung Statistik, Juni 2015.

Tabelle 1: Vergleich der deutschen und österreichischen Pflegevorsorge

	Deutschland 2013				Österreich 2013			
Stufe	Hilfebedarf/Monat	Höhe des monatl. Pflegegeldes seit Jan. 2013	Allein durch Angehörige Versorgte	Stufe	Hilfebedarf/Monat	Höhe des monatl. Pflegegeldes	Zahl der Bezieher	24-Stunden-Betreute in Prozent der Pflegebedürftigen (Stand 2014)
I	Mind. 45 h, davon mindestens die Hälfte Grundpflege	235 EUR	822 282	1	Min. 50 h/Monat	154 EUR	104 393	Unbekannt, da keine öffentliche Förderung
		305 EUR mit Demenz		2	≥ 75 h/Monat	284 EUR	130 803	
II	Mind. 90 h, davon mindestens zwei Drittel Grundpflege (mind. 3mal pro Tag zu unterschiedlichen Zeiten)	440 EUR	334 826	3	≥ 120 h/Monat	443 EUR	78 170	6,8
		525 EUR mit Demenz		4	≥ 160 h/Monat	664 EUR	63 463	11,3
III	Mind. 150 h, davon mind. vier Fünftel Grundpflege	700 EUR	88 821	5	≥ 180 h/Monat (außergewöhnlicher Pflegebedarf)	902 EUR	46 089	15,4
				6	≥ 180 h/Monat (dauernde Anwesenheit)	1260 EUR	18 806	12,3
				7	≥ 180 h/Monat (keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten)	1656 EUR	9435	8,1

Quellen: Statistisches Bundesamt 2015; SGB XI § 15; BMASK 2013; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Plegeleistungen_BRat_071114.pdf; www.pflegewiki.de; www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/252/Seite.2520102.html (jeweils 20. 7. 2015).

zu nehmen; nur rund 616 000 Personen erhielten Hauskrankenpflege und Altenhilfe von professionellen Anbietern als Sachleistung der Pflegeversicherung (meist kombiniert mit unbezahlter Betreuungsarbeit von Familienangehörigen).[9] Der Adressatenkreis für die 24-Stunden-Betreuung dürfte sich in Deutschland also auf einen Teil der 1,24 Millionen Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher beschränken.

Wie *Tabelle 1* vermittelt, sind das österreichische und deutsche Pflegevorsorgesystem nicht direkt miteinander vergleichbar. Der Zugang zum österreichischen Pflegegeld ist niederschwelliger und erfordert in den niedrigen Pflegestufen nicht zwingend einen Grundpflegebedarf. Insgesamt bezogen 2013 in Österreich über 450 000 Personen Pflegegeld, etwa 72 000 wohnten in einem Pflegeheim, etwa 136 000 wurden von mobilen Diensten gepflegt.[10]

Legt man zugrunde, dass Deutschland gemessen an der Wohnbevölkerung etwa zehnmal so groß wie Österreich ist, müsste man 4,5 Millionen deutsche Pflegebedürftige erwarten. Dass die tatsächliche Zahl der Pfle-

[9] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2015, S. 9.

[10] Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013, Wien 2014.

gebedürftigen in Deutschland mit 2,6 Millionen erheblich unter diesem Erwartungswert liegt, könnte auf die Niederschwelligkeit des österreichischen Systems hindeuten. Die rund 764000 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in Deutschland entsprechen ziemlich genau dem Zehnfachen der österreichischen Pflegeheimpopulation. Ambulante Pflegedienste werden in Österreich verglichen mit Deutschland überproportional in Anspruch genommen – auch das ist wieder auf ein niederschwelligeres System zurückzuführen, schließlich kommt man in den Genuss der Sachleistung ambulante Pflege in Deutschland nur mit einem Grundpflegebedarf von mindestens 45 Stunden im Monat, während österreichische Kundinnen und Kunden der mobilen Dienste unter Umständen auch mit viel weniger Stunden und auch nur einer Unterstützung in der Haushaltsführung versorgt werden.

Je nachdem, wie man kalkuliert und wie man den leichteren Zugang zu Pflegeleistungen in Österreich bewertet, kann man in Deutschland also realistischerweise von 60000 (5 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher) bis 250000 Personen (der zehnfache Wert der 24-Stunden-betreuten Österreicherinnen und Österreicher) ausgehen, die sich von einer Osteuropäerin rund um die Uhr betreuen lassen. Auch Helma Lutz schätzt, dass die Bedingungen der deutschen Pflegevorsorge etwa 200000 Deutsche für das Arrangement der 24-Stunden-Betreuung optieren lassen.[11]

Legal, irregulär, illegal

Zur höheren Popularität der 24-Stunden-Betreuung in Österreich könnte natürlich die Legalisierung der Regelung in Österreich seit 2007 beigetragen haben. Diese wurde in einem politischen Kraftakt der von Sozialdemokraten (SPÖ) geführten, 2006 gewählten Koalitionsregierung mit den Konservativen (ÖVP) beschlossen, nachdem Enthüllungen über die illegale Praxis einiger führender Politiker des Landes, Pflegerinnen aus der Slowakei für die Betreuung naher Angehöriger zu beschäftigen, während des Nationalratswahlkampfes 2006 eine öffentliche Debatte über die Altenpflege auslösten. „Nach einer kurzen aber heftigen Debatte darüber, ob ein Pflegenotstand vorliege, wurde zutreffend erkannt, dass es sich im Grunde genommen um einen Legalitätsnotstand handelt, weil die Betreuungsleistungen zwar tatsächlich erbracht wurden, jedoch eine klare legale Basis dafür fehlte."[12]

Nach inoffiziellen Schätzungen konnten etwa 20000 Pflegebedürftige – beziehungsweise in der Regel ihre Angehörigen – von der Öffnung der Grenzen zum Osten profitieren, indem sie etwa 40000 Pflegekräfte aus der Slowakei, Ungarn und der Tschechischen Republik anheuerten, die bereit waren, für einen Tageslohn von etwa 40 Euro rund um die Uhr sieben Tage die Woche im Haushalt des Auftraggebers Pflege und Betreuung anzubieten. Da die höchstens stundenweise und jedenfalls nicht abends und nachts tätigen legalen einheimischen gemeinnützigen Hauskrankenpflegeanbieter bei steigendem Einkommen und steigender Pflegegeldstufe höhere Tarife verlangen müssen, bestand bei Menschen mit höherem Einkommen ein starker Anreiz, eine solche „slowakische Schwester" zu beschäftigen. Darüber hinaus verfügen Wohlhabende eher über entsprechenden Wohnraum für die Pflegekraft. Ein Teil der Kosten für die Schwarzarbeit konnte durch das Pflegegeld gedeckt werden, das damals etwa bei Stufe 4 immerhin 630 Euro/Monat betrug.[13]

Vor allem stärker pflegebedürftige Menschen mit dementsprechend höherem Pflegegeldbezug, die nicht in eine Institution umziehen wollten, entschieden sich für die „slowakische Schwester". Gerade in wohlhabenden Familien besteht auch ein großes Interesse, das Vermögen des Pflegebedürftigen nach dessen Tod im Familienbesitz zu

[11] Vgl. Helma Lutz, Who Cares? Migrantinnen in der Pflege in deutschen Privathaushalten, in: C. Larsen et al. (Anm. 3), S. 43.

[12] Wolfgang Mazal, Hausbetreuung – kritische Aspekte, in: Ecolex – Fachzeitschrift für Wirtschaftsrecht, 2007, S. 580.

[13] Der Schwarzmarktpreis von 40–50 Euro pro Tag scheint übrigens mitnichten ein Ergebnis des freien Spiels von Angebot und Nachfrage auf dem Schwarzmarkt zu sein: Wer die österreichischen Pflegestufensätze durch die dafür mindestens aufzuwendenden Stunden dividiert, erhält den Stundensatz von 3,90 Euro, der wiederum multipliziert mit 10 Arbeitsstunden pro Tag zur magischen 40 Euro-Marke wird.

behalten und nicht durch den Eintritt in ein Pflegeheim via Sozialhilfegesetz-Regress zu vermindern oder gar zu verlieren. Die Existenz des Pflegeschwarzmarktes war über Jahre bekannt, und einige gemeinnützige Anbieter der Hauskrankenpflege strengten auch gerichtliche Schritte gegen den schleichenden Abbau von arbeits- und sozialrechtlichen sowie Qualitätsstandards an. Immer wieder wurden Fälle der Vernachlässigung und inkompetenten Pflege bekannt,[14] ebenso wie es unter den 24-Stunden-Betreuerinnen Opfer der Ausbeutung, sexueller Übergriffe und gar von Gewalttaten gab, die das Interesse der Lokalberichterstattung fanden.[15]

Von Beginn an stand außer Streit, dass durch die Legalisierung das bestehende System der Altenpflege in Österreich nicht angetastet werden sollte. Dieses ruht auf drei Säulen:

1. Eine in sieben Stufen unabhängig vom Einkommen ausgezahlte Geldleistung (Pflegegeld), mit der sich der Pflegebedürftige die gewünschten Leistungen von professionellen Diensten, pflegenden Angehörigen oder eben dem Schwarzmarkt kaufen kann.
2. Die von 1993 bis 2010 flächendeckend ausgebaute professionelle Hauskrankenpflege, die von gemeinnützigen Organisationen im Auftrag der Länder und Gemeinden zu geregelten einkommensgestaffelten Preisen angeboten wird. Gebietskörperschaften bestimmen die Höhe der Preise und vor allem den Umfang der Leistungen: Ob etwa Betreuung in der Nacht angeboten wird, bestimmt nicht die Nachfrage der Pflegebedürftigen, sondern die Regierung des Bundeslandes, in dem sie leben. Deshalb bestehen auch innerhalb Österreichs enorme Differenzen zwischen Preisen und Angebotsstruktur: eine Frau in Pflegestufe 3, die eine Rente von 970 Euro netto im Monat erhält, bezahlt für dreimal wöchentlich 45 Minuten Heimhilfe und einmal pro Monat 30 Minuten diplomierte Krankenpflegekraft im Bundesland Steiermark monatlich etwa doppelt soviel wie in Tirol.[16] Nach Bedarfsberechnungen der Gebietskörperschaften werden auch Plätze in stationären und teilstationären Einrichtungen bereitgestellt, die von öffentlichen Trägern, gemeinnützigen Organisationen und privaten gewinnorientierten Betreibern angeboten werden.
3. Der größte Leistungsumfang wird von der dritten Säule, der Familie erbracht, und zwar in Form unbezahlter Pflege- und Betreuungsarbeit durch zumeist weibliche Angehörige. Eine groß angelegte Studie im Auftrag des Sozialministeriums erhob 2010 unter mehr als 17 000 Pflegegeldempfängern, dass nahezu drei Viertel von ihnen ausschließlich von Angehörigen ohne die Unterstützung professioneller Dienste gepflegt werden.[17] Die Schwarzarbeit unterstützte die dritte Säule der österreichischen Pflegevorsorge, die Familie.

Rechtlicher Rahmen: Personenbetreuung

Zunächst wurde ein Modell der legalen Anstellung der 24-Stunden-Betreuerinnen nach dem Hausbetreuungsgesetz (HBeG)[18] entwickelt. Durchgesetzt hat sich aber letztlich die Schaffung eines freien Gewerbes „Personenbetreuung“ durch eine Novelle der Gewerbeordnung[19] – und damit die Einzelunternehmerregelung, die eine unter Ar-

[14] Eine unqualifizierte osteuropäische Betreuerin verließ eine sterbende Pflegebedürftige und überließ sie allein ihrem Schicksal, weil sie sich vor dem Tod fürchtete (persönliche Mitteilung von B. Schafarik 2004).

[15] Einen spektakulären Kriminalfall recherchierte der Schriftsteller Martin Leidenfrost und verarbeitete seine Einsichten in dem Buch „Die Tote im Fluss: der ungeklärte Fall Denisa S.“ (2009).

[16] Vgl. Marianne Egger de Campo/Bernhard Just, Documentation of Services for the Aged at Risk of Marginalization in Austria, Deliverable 4 of CARMA – Care for the Aged at Risk of Marginalization, Graz 2003.

[17] Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010, Wien 2010, S. 18.

[18] Hausbetreuungsgesetz, www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005362&ShowPrintPreview=True (24. 7. 2015).

[19] Gewerbeordnung, www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40097468 (24. 7. 2015).

beitsrechtlern durchaus umstrittene Form der Legalisierung von Scheinselbstständigkeit darstellt.[20]

Heute arbeiten 99 Prozent der Personenbetreuerinnen in Österreich selbstständig. Damit sind Arbeitszeitbeschränkungen und Ruhe- und Erholungspausen freie Vereinbarungen zwischen der Personenbetreuerin und ihrem Auftraggeber; vor allem aber bedeutet diese Selbstständigkeit, dass die wohlfahrtsstaatliche Absicherung von Arbeitsverhältnissen in Form von bezahltem Urlaub, Lohnfortzahlung bei Krankheit und Arbeitslosenunterstützung gänzlich entfällt. In der öffentlichen Debatte wurden die Lohnnebenkosten bei Anstellung übertrieben hoch dargestellt, wodurch vom Umstand abgelenkt wurde, dass die „selbstständigen Pflegekräfte schlicht weniger bezahlt (bekommen) als die unselbstständige(n)“.[21] Im Dezember 2007 gewährte ein Gesetz in Verfassungsrang sogar Amnestie für diejenigen, die von der illegalen Beschäftigung der 24-Stunden-Betreuerinnen profitierten. „Sämtliche arbeits- und sozialrechtlichen Ansprüche der Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte wurden (damit) rückwirkend außer Kraft gesetzt.“[22]

Im Unterschied zu Österreich schließt die Rechtsprechung in Deutschland bei der 24-Stunden-Betreuung durch eine im Haushalt lebende Pflegekraft eine Einzelunternehmertätigkeit aus. Wer also die Kosten für die Sozialabgaben durch die Anstellung einer selbstständig tätigen Pflegerin sparen und sich über Arbeitszeitgesetze hinwegsetzen will, riskiert in Deutschland im Falle einer Anzeige, Sozialabgaben nachzahlen zu müssen und eine Strafe wegen illegaler Beschäftigung. Deshalb warnen unter anderem Verbraucherzentralen in einem Vergleich der Beschäftigungsformen vor dieser Form der Pflege zu Hause.[23]

Als legal und kostengünstiger gilt die Entsendung von Pflegekräften eines ausländischen Pflegedienstleisters nach Deutschland, weil auch hier die deutschen Sozialabgaben entfallen, denn die Pflegerin ist im Ausland angestellt. Der/die Pflegebedürftige in Deutschland tritt dabei in ein Vertragsverhältnis mit beispielsweise einem polnischen Pflegedienstleister, dessen Angestellte bei freier Unterkunft und Verpflegung in einem deutschen Haushalt Pflege verrichten. Hier ist jedoch das deutsche Arbeitszeitgesetz anzuwenden, das eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung verbieten würde; außerdem dürfen keine sittenwidrig niedrigen Löhne gezahlt werden. Wie häufig die Arbeitszeitbeschränkung in der Praxis verletzt wird, wodurch sich der real verdiente Stundenlohn leicht auf das österreichische Niveau der Personenbetreuung senken lässt, bleibt bis zum Vorliegen genauerer Forschungen spekulativ. Wegen der Isoliertheit der Pflegekräfte und der extremen Nähe zu ihren Auftraggebern (sie wohnen schließlich im Haushalt ihres Auftraggebers) dürfte für ihre Verhandlungsmacht ähnliches gelten wie für Dienstboten vergangener Jahrhunderte.[24]

Öffentliche Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Österreich

Um einen möglichst hohen Anreiz zur Legalisierung der vormals illegalen Beschäftigung zu bieten, wurden in Österreich Förderungen eingeführt, die die von zwei selbstständigen Personenbetreuerinnen Gepflegten mit 550 Euro pro Monat unterstützen. Voraussetzung dafür ist neben der Pflegebedürftigkeit von mindestens Stufe 3 ein Netto-Monatseinkommen unter 2500 Euro (wobei das Pflegegeld *nicht* eingerechnet wird). Ursprünglich sollte auch das Barvermögen nicht höher als 7000 Euro sein.

Gerade die Berücksichtigung des Vermögens des Pflegebedürftigen stellte einen Zankapfel dar; einige Bundesländer förder-

[20] Vgl. Theodor Tomandl, Was ist selbständige Personenbetreuung?, in: Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht, 32 (2007), S. 196–201; W. Mazal (Anm. 12).

[21] Almut Bachinger, 24-Stunden-Betreuung – gelungenes Legalisierungsprojekt oder prekäre Arbeitsmarktintegration?, in: SWS-Rundschau, 50 (2010) 4, S. 411.

[22] Ebd., S. 406; Bundesrat, Stenographisches Protokoll 752, Sitzung des Bundesrates der Republik Österreich, Donnerstag, 20. 12. 2007.

[23] Vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Hilfe rund um die Uhr – (l)egal durch wen? 26. 7. 2015, www.vz-nrw.de/pflegehilfen (25. 8. 2015).

[24] Vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (Hrsg.), Käthe Leichter zum 100. Geburtstag, Texte zur Frauenpolitik, Wien 1995; Dorothea Schmidt, Eine Welt für sich? Dienstmädchen um 1900 und die widersprüchliche Modernisierung weiblicher Erwerbsarbeit, in: Claudia Gather/Birgit Geissler/Maria S. Rerrich (Hrsg.), Weltmarkt Privathaushalt: bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel, Münster 2002, S. 204–222.

ten aus Steuergeldern auch Pflegebedürftige mit höherem Barvermögen. Heute ist diese Vermögensbegrenzung bundesweit endgültig weggefallen, wobei in der öffentlichen Debatte niemand zu thematisieren scheint, dass dies in erster Linie im Interesse künftiger wohlhabender Erben sein dürfte.

In der öffentlichen Debatte, die zu dieser staatlich sanktionierten Ausbeutung von weiblichen Migranten führte, spielten die Arbeitsbedingungen der Personenbetreuerinnen nicht die geringste Rolle. Ganz im Gegenteil wurde Pflegebedürftigkeit als unvorstellbares Leid stilisiert, dem man keinesfalls eine weitere Härte hinzufügen könne. Auch Politiker der Linken verzichteten darauf, Wohlhabende, die infolge ihrer Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit von der Wohltätigkeit der Gemeinschaft geraten waren, darauf hinzuweisen, dass sie selbst über erhebliche private Ressourcen verfügen, um ihr Problem zu lindern. So wurde und wird die Flucht aus den sozial gestaffelten Tarifsystemen der Heime und der Hauskrankenpflege unter Ausbeutung ausländischer Scheinselbstständiger als legitim betrachtet.

Die Vorstellung, dass Pflegebedürftigkeit einen schweren Schicksalsschlag darstellt, der jede Schonung vor Strafverfolgung rechtfertigt, dürfte auch der Grund sein, warum bis dato keine Gerichtsverfahren wegen Scheinselbstständigkeit der Personenbetreuerinnen angestrengt worden sind beziehungsweise warum ein bereits 2011 ergangenes oberstgerichtliches Urteil keinerlei politische Wirkung entfaltet hat.[25]

Wie sich an dem in *Tabelle 2* gezeigten Rechenmodell einer gemeinnützigen Vermittlungsorganisation ablesen lässt, stellt das Angebot der Personenbetreuung in Österreich eine billigere und legale Alternative zur Heimunterbringung (*Tabelle 3*) dar.

Tabelle 2: Musterberechnung 24-Stunden-Betreuung

Rechenbeispiel monatliche Kosten für eine betreute Person, Pflegestufe 4, Stand Januar 2015	
Kosten Personenbetreuerinnen und Verwaltungsbeitrag	2190,00 €
Förderung Bund (ab Pflegestufe 3)	– 550,00 €
Pflegegeld (Stufe 4)	– 664,30 €
Gesamt	975,70 €
In dieser Berechnung ist der Sachaufwand für Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten der Personenbetreuerinnen nicht enthalten. Zu leisten ist bei Beginn des Vertrages zudem eine einmalige Vermittlungsgebühr von 817,00 € für die Pflege und Bedarfseinschätzung, die Auswahl und Vermittlung sowie die Einführung der beiden Personenbetreuerinnen in den Haushalt.	

Quelle: Angebot der 24 Stunden Personenbetreuung (PB) GmbH, www.pflegen.at/Angebot_24_Stunden_Betreuung (2.9.2015).

Tabelle 3: Musterberechnung Pflegeheimplatz

Rechenbeispiel monatliche Kosten für einen Pflegeheimplatz im Mehrbettzimmer nach Sozialhilfegesetz Steiermark 2015	
sog. Hotelkomponente = 63,30 €/Tag	1899,00 €
Pflegezuschlag gem. Pflegestufe, bei Pflegestufe 4 = 50,12 €/Tag	1503,60 €
Pflegegeld Stufe 4	–664,30 €
Gesamt	2737,70 €

Quelle: https://stmk.volkshilfe.at/images/content/Tarifblatt%20 2015.pdf (27.7.2015).

Personenbetreuung versus Pflege

Problematisch an der 24-Stunden-Pflege ist nicht nur ihre arbeitsrechtliche Sonderstellung als in Österreich legalisierte Scheinselbstständigkeit. Auch die berufsrechtliche Abgrenzung zu den Pflegeberufen wird in der Praxis der österreichischen Personenbetreuung durchwegs ignoriert.[26] Ähnlich wie in Deutschland, wo es möglich ist, per Vertrag Einzelpflegekräfte zu engagieren und dadurch Sachleistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen, erlaubt auch das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) eine selbstständige Tätigkeit einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft des gehobenen Dienstes.[27] Den nicht einschlägig qualifizierten, aber selbstständig tätigen Personenbetreuerinnen werden durch das GuKG jedoch auch Tätigkeiten zur Unterstützung der Körperpflege, Mobilisierung,

[25] Vgl. OGH-Urteil, 8ObA 17/11z (Oberster Gerichtshof der Republik Österreich 2011); T. Schmid (Anm. 3), S. 74.

[26] Vgl. Meinhild Hausreither, Das freie Gewerbe der Personenbetreuung im Kontrast zu den Gesundheitsberufen, in: Ecolex – Fachzeitschrift für Wirtschaftsrecht, (2007), S. 576–580.

[27] Vgl. Einzelpflegekräfte in Deutschland, 1.1.2015, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/einzelpflegekraefte.html (24.7.2015).

Ausscheidung und Hygiene erlaubt.[28] Unter ärztlicher Anweisung beziehungsweise Anweisung einer Krankenpflegekraft des gehobenen Dienstes dürfen sie sogar Tätigkeiten wie Verbandswechsel, Insulin- oder blutgerinnungshemmende Injektionen vornehmen, auch wenn ihnen dafür die im GuKG vorgeschriebene Qualifikation fehlt.[29] Tatsächlich wird von Personenbetreuerinnen kein Nachweis einer pflegerischen Qualifikation gefordert, und so fand eine Untersuchung von fast 600 Personenbetreuerinnen 2013 heraus, dass knapp 80 Prozent nur einen rund 200 Stunden umfassenden Rot-Kreuz-Kurs zu Pflege absolviert haben, der Rest verfügt über keinerlei Pflegeausbildung beziehungsweise macht keine Angaben dazu. Etwa 50 Prozent haben jedoch Abitur und 25 Prozent ein abgeschlossenes Hochschulstudium.[30]

Die Personenbetreuung wird in Österreich vor allem von Frauen aus der Slowakei und Bulgarien (und – gemessen an den Fremdsprachen, in denen die Broschüren des Sozialministeriums erhältlich sind – auch aus Polen, Ungarn und Rumänien) angeboten.[31] Sie kommen überwiegend aus ökonomischen Motiven nach Österreich, wobei die Nähe Österreichs zu ihrem Heimatland die Aufnahme der Arbeit als Personenbetreuerin begünstigt.[32] Der Großteil der in deutschen Haushalten tätigen 24-Stunden-Betreuerinnen dürfte aus Polen, der Ukraine, Bulgarien und neuerdings Kroatien kommen.

Fazit

Heute scheint jedes reiche EU-Land seine Kolonien in Osteuropa zu haben, die ihm billige Arbeitskräfte liefern und in denen es Absatzmärkte für seine Produkte findet. Einige deutsche Gesundheits-Ökonomen befürworten die österreichische Personenbetreuungsregelung als eine Form, Wohlfahrtsausgaben in den reichen Ländern zu sparen und verweisen auf die „Win-win-Situation", die sich hier bietet. Schließlich hätten die Frauen, die weit unter Tariflöhnen bei uns Pflege- und Betreuungsarbeit verrichten, in ihren Heimatländern keine Arbeit oder nur sehr viel geringere Löhne zu erwarten.

Diese Betrachtungsweise ignoriert aber, dass globalisierte Dienstbotenarbeit völlig selbstverständlich von uns reichen Europäern und Europäerinnen als unser Vorrecht in Anspruch genommen wird, während nicht im Geringsten hinterfragt wird, wie es denjenigen dabei geht, die sich in der Dienerrolle befinden. Eine Demokratisierung von Sorgearbeit[33] stünde dem viel gepriesenen europäischen Sozialmodell gut an und würde die Sorge um das Wohlbefinden unserer Hochbetagten nicht über die Sorge um das Wohlbefinden der sie betreuenden Osteuropäerinnen stellen.

[28] Vgl. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Österreichs, www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026 (24.7.2015).
[29] Vgl. pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/2/8/6/CH1848/CMS1237213583778/merkblatt_peronenbetreuerinnen.pdf (24.7.2015).
[30] Vgl. Eva-Maria Pfandl, Analyse der optimalen 24-Stunden-Betreuung aus der Perspektive einer österreichischen Wohlfahrtsorganisation. Am Beispiel des Hilfswerk Österreichs, Masterarbeit, FH Krems, 2013, S. 38.
[31] Vgl. Ebd., http://pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH1848 (23.7.2015).
[32] Vgl. T. S. Schmid (Anm. 3), S. 60; vgl. E.-M. Pfandl (Anm. 30).
[33] „Demokratische Fürsorgeverhältnisse bedürfen (…) der ausdrücklichen Zielsetzung, Autonomie sowohl für die Fürsorgebedürftigen wie für die Fürsorgenden herzustellen, die dann als autonom verstanden werden können (…)". Joan Tronto, Demokratie als fürsorgliche Praxis, in: Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 18 (2000), S. 36.

Jochen René Thyrian · Tilly Eichler · Adina Dreier · Wolfgang Hoffmann

Dementia Care Management: Menschen zu Hause optimal versorgen

Weltweit stellt der demografische Wandel vielschichtige Herausforderungen für Politik und Gesellschaft dar. Wie auch in anderen Industriestaaten erhöht sich in Deutschland mit steigender Lebenserwartung nicht nur die Anzahl der Älteren, sondern auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung.

Jochen René Thyrian
PD Dr. rer. med. habil, Dipl.-Psych., geb. 1971; Arbeitsgruppenleiter „Interventionelle Versorgungsforschung", Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald, Ellernholzstr. 1–2, 17489 Greifswald.
rene.thyrian@dzne.de

Tilly Eichler
Dr. rer. med., Dipl.-Psych., geb. 1975; Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG „Interventionelle Versorgungsforschung", DZNE Rostock/Greifswald (s. o.).
tilly.eichler@dzne.de

Adina Dreier
Dr. rer. med., geb.1979; Bereichskoordinatorin „Zukünftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation", Institut für Community Medicine (ICM), Ellernholzstr. 1–2, 17489 Greifswald.
dreiera@uni-greifswald.de

Wolfgang Hoffmann
Prof. Dr. med., geb. 1963; Standortsprecher des DZNE Rostock/Greifswald und geschäftsführender Direktor des ICM (s. o.).
wolfgang.hoffmann@dzne.de

Generell steigt die Wahrscheinlichkeit zu erkranken mit zunehmenden Alter an. Hinzu kommen Erkrankungen, die erst im Alter auftreten, darunter vor allem demenzielle. Man geht davon aus, dass die entsprechende Wahrscheinlichkeit bei den 70-bis 74-Jährigen bei etwa 3,5 Prozent liegt, dann ansteigt und bei den über 95-Jährigen bereits bei 41 Prozent liegt. In Deutschland leben aktuellen Zahlen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zufolge rund 1,5 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Diese Zahl wird in naher Zukunft deutlich ansteigen. In Prognosen wird von einer Zunahme beispielsweise in Mecklenburg -Vorpommern um 91 Prozent bis 2020 ausgegangen.[1] Diese Veränderung unterstreicht die Notwendigkeit, die aktuelle Versorgung kritisch zu evaluieren und für die nahe Zukunft neue, optimierte Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Die Herausforderungen an die Versorgung von von Demenz betroffenen Menschen sind im Allgemeinen nur künstlich trennbar von den Anforderungen an die adäquate Versorgung älterer Menschen.[2] Mit dem Alter nimmt die (Multi-)Morbidität zu, insbesondere chronische Erkrankungen treten auf. In der Folge kommt es zu einem Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Unterstützungsangebote. Multimorbide Menschen nehmen häufig eine Vielzahl verschiedener Medikamente ein, sodass die damit einhergehenden Neben- und Wechselwirkungen problematisch sein können. Ein adäquates Medikationsmanagement zur Reduktion arzneimittelbezogener Probleme ist daher von zentraler Bedeutung.

Die Veränderungen von Familienstrukturen haben einen immer höheren Anteil Alleinlebender im fortgeschrittenen Lebensalter zur Folge, vor allem Frauen sind davon betroffen. Fehlende soziale Unterstützung und häufig auch eingeschränkte Mobilität führen bei vielen Älteren zu drohendem Verlust der Selbstständigkeit – und so steigt das Risiko der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit. Nicht außer Acht lassen darf man dabei die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen. Der Großteil der älteren Menschen – auch der an Demenz erkrankten – möchte möglichst lange selbstständig im gewohnten sozialen Umfeld leben. Die Rahmenbedingungen hierfür müssen gesetzt werden. Dazu zählt die Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems.[3] Im Bereich der Demenz erfährt dies besondere Bedeutung.

[1] Vgl. Ulrike Siewert/Konstanze Fendrich/Gabriele Doblhammer-Reiter et al., Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern, in: Deutsches Ärzteblatt, 107 (2010) 18, S. 328–334.

[2] Vgl. Jochen René Thyrian/Markus Wübbeler/Wolfgang Hoffmann, Interventions into the Care System for Dementia, in: Geriatric Mental Health Care, 1 (2013) 3, S. 67–71.

[3] Vgl. Jochen René Thyrian/Adina Dreier/Konstanze Fendrich et al., Demenzerkrankungen – Wirksame Konzepte gesucht, in: Deutsches Ärzteblatt, 108 (2011) 38, S. A1954-A1956; Jochen René Thyrian/Wolfgang Hoffmann (Hrsg.), Dementia Care Research – Scientific Evidence, Current Issues and Future Perspectives, Lengerich u. a. 2012.

Die Demenz ist ein Syndrom, das eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit zur Folge hat. Die beiden häufigsten Formen sind die Alzheimer-Demenz mit dem Hauptsymptom der Verschlechterung des Gedächtnisses und die frontotemporale Demenz, bei der es zu Beginn der Erkrankung zu Veränderungen der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens kommt. Diese Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit, aber auch Persönlichkeitsveränderungen wie Aggressivität, Taktlosigkeit, Teilnahmslosigkeit oder Störungen der Sprache, die sich in Wortfindungsstörungen, Benennungsstörungen und Sprachverständnisstörungen äußern, sind bei den Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt und nehmen im Verlauf der Erkrankung zu. Sie gehen über „normale" Alterserscheinungen wie Vergesslichkeit oder Stimmungsschwankungen hinaus, machen die Bewältigung des Alltagslebens immer schwieriger. Im weiteren Verlauf führen sie dazu, dass Patienten zunehmend betreuungs- beziehungsweise pflegebedürftig werden.

Der Großteil der Pflege wird in Deutschland durch Angehörige geleistet. Dies entspricht dem Wunsch vieler Betroffener und auch Angehöriger. Nichtsdestotrotz stellt die häusliche Pflege eine wachsende Belastung für die Angehörigen dar, Überlastung führt dann häufig zur (möglicherweise vermeidbaren) Heimeinweisung des Menschen mit Demenz. Daher muss gewährleistet sein, dass Angehörige die bestmögliche Unterstützung erhalten. Ziel ist die Stabilisierung und Stärkung der häuslichen Situation, um einen Übertritt in die stationäre Heimversorgung zu verhindern, aufzuschieben beziehungsweise zum richtigen Zeitpunkt zu planen. Dies kommt den Wünschen der Betroffenen nach, bedeutet aber auch einen ökonomischen Vorteil, da dies zu Einsparungen im Gesundheitssystem führen kann.

Das Gesundheitssystem muss auf den demografischen Wandel reagieren, ist aber selber auch von diesem betroffen. So sinkt beispielsweise die Anzahl niedergelassener Hausärzte und eine Wiederbesetzung der entsprechenden Praxen gestaltet sich schwierig. Dies trifft insbesondere auf den ländlichen Raum zu und ist umso schwerwiegender, da die Versorgung an Demenz erkrankter Menschen von dieser Berufsgruppe umfänglich wahrgenommen wird.[4] Eine detaillierte Betrachtung der Auswirkungen auf den Bereich der Pflege und der daraus resultierenden Forderung nach einer Neuverteilung der Aufgaben im stationären und ambulanten Versorgungsalltag wurde bereits vorgenommen.[5]

Anforderungen im ambulanten Bereich

Die Versorgung von Menschen mit Demenz umfasst aber auch spezifische Herausforderungen. Im Vordergrund stehen dabei folgende Aspekte: eine möglichst frühzeitige Identifikation kognitiv beeinträchtigter und an Demenz erkrankter Menschen; eine leitliniengerechte Diagnostik der Betroffenen; eine adäquate medizinische, pflegerische, psychosoziale, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung der Demenz; die adäquate Behandlung der Multimorbidität mit besonderem Augenmerk auf Behandlungen, die durch das Vorliegen einer Demenz erschwert werden, aber auch auf diejenigen, die den Verlauf einer Demenz negativ beeinflussen können; die Integration in eine multiprofessionelle Versorgung, um die in den Leitlinien geforderte ganzheitliche und umfassende Versorgung des Kranken zu gewährleisten, und die konsequente Einbeziehung der Angehörigen, die den Großteil der Versorgung übernehmen.

Im internationalen Bereich gibt es wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von Konzepten im ambulanten Bereich, die sich auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen konzentrieren und dabei auf die Integration mehrerer Professionen über verschiedene Institutionen/Anbieter hinweg setzen.[6] Sie werden oft

[4] Vgl. Jochen René Thyrian/Wolfgang Hoffmann, Dementia Care and General Physicians – A Survey on Prevalence, Means, Attitudes and Recommendations, in: Central European Journal of Public Health, 20 (2012) 4, S. 270–275.

[5] Vgl. Adina Dreier/Hagen Rogalski/Sabine Homeyer et al., Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin: aktueller Stand, Akzeptanz und erforderliche Qualifizierungsveränderungen für die pflegerische Profession, in: Peter Zängl (Hrsg.), Zukunft der Pflege, Wiesbaden 2015, S. 95–115.

[6] Vgl. Malaz A. Boustani/Greg A. Sachs/Catherine A. Alder et al., Implementing Innovative Models of Dementia Care: The Healthy Aging Brain Center, in: Aging and Mental Health, 15 (2011) 1, S. 13–22; Christopher M. Callahan/Malaz A. Boustani/Frederick W. Unverzagt et al., Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults with Alzheimer Disease in Pri-

als Modelle der *collaborative care* bezeichnet, wobei aber auch Bezeichnungen wie *integrated care*, *integrated primary care* oder *shared care* synonym verwendet werden. Wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit dieses Ansatzes in einem methodisch anspruchsvollen Design sind in Deutschland jedoch noch nicht durchgeführt worden. Selbst bei augenscheinlich sinnvollen und positiv evaluierten Konzepten ist dies jedoch unverzichtbar, da aufgrund unterschiedlicher Versorgungssysteme eine Übertragung und Implementierung nicht in vollem Umfang möglich ist. Es ist daher notwendig, die Konzepte anderer Gesundheitssysteme auf übertragbare Aspekte zu untersuchen und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.[7]

Basierend auf den aktuellen Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Demenz[8] und unter Berücksichtigung der internationalen Evidenz wird daher seit 2011 das Konzept des Dementia Care Managements (DCM) im Rahmen der vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald und dem Institut für Community Medicine der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald durchgeführten Studie „Demenz: lebensweltorientierte- und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern“ (DelpHi-MV) definiert, operationalisiert und evaluiert.

Design und Methode der DelpHi-MV-Studie

DelpHi-MV ist eine epidemiologische, hausarztbasierte, cluster-randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie mit zwei „Armen“, das heißt einer Interventions- und einer Kontrollgruppe.[9] Probanden der Interventionsgruppe erhalten Unterstützung durch einen Dementia Care Manager (DCM), Probanden der Kontrollgruppe erhalten die bisher übliche Versorgung (*care as usual*). Primäre Outcomes der Studie nach einem Jahr sind Lebensqualität des Menschen mit Demenz, Angehörigenbelastung, Verhaltens- und psychiatrische Auffälligkeiten der Kranken, Pharmakotherapie mit Antidementiva und potenziell inadäquate Medikation der Komorbiditäten.

Dementia Care Management wurde konzipiert für Menschen, die im Rahmen der Routineversorgung durch einen niedergelassenen Hausarzt positiv auf eine Demenz getestet wurden. Somit sind zumeist Patienten ohne gesicherte, formale Diagnose mit einem Schweregrad der Demenz von leicht bis mittel die Zielgruppe. Die Patienten müssen zu Hause wohnen beziehungsweise eine selbstständige Haushaltsführung im betreuten Wohnen aufweisen. Weiterhin wird angestrebt, einen Angehörigen (im Idealfall den Versorgenden) in die Behandlungsplanung einzubeziehen.

Qualifizierung der Dementia Care Manager

Die erste, notwendige Voraussetzung für die qualitätsgesicherte Durchführung ist eine spezifische Qualifizierung von examinierten Pflegepersonen zu Dementia Care Managern. Eine Analyse der bestehenden Fort- und Weiterbildungsoptionen zeigt, dass vielfältige Qualifizierungsmöglichkeiten zur Thematik Demenz existieren.[10] Bislang zielt jedoch keine davon darauf ab, Pflegefachpersonen für das Handlungsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung zu befähigen. Daher wurde eine umfassende Identifikation des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes von Pflegefachperso-

mary Care: A Randomized Controlled Trial, in: The Journal of the American Medical Association (JAMA), 295 (2006) 18, S. 2148–2157.

[7] Vgl. H.C. Vollmar/Jochen René Thyrian/Michael LaMantia et al., „Aging Brain Care Program“ aus Indianapolis, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 27.5.2015 (online).

[8] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), S-3 Leitlinie „Demenzen“, 2009, www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf (24.8.2015).

[9] Vgl. Jochen René Thyrian/Thomas Fiss/Adina Dreier et al., Life- and Person-Centred Help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): Study Protocol for a Randomised Controlled Trial, in: Trials, 13 (2012) 56; Thomas Fiss/Jochen René Thyrian/Diana Wucherer et al., Medication Management for People with Dementia in Primary Care: Description of Implementation in the DelpHi Study. In: BMC Geriatrics (2013); Tilly Eichler/Jochen René Thyrian/Alina Dreier et al., Dementia Care Management: Going New Ways in Ambulant Dementia Care within a GP-Based Randomized Controlled Intervention Trial, in: International Psychogeriatrics, (2013), S. 1–10.

[10] Vgl. Adina Dreier/Jochen René Thyrian/Wolfgang Hoffmann, Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte, in: Pflege & Gesellschaft, (2011) 16, S. 53–64.

nen als Dementia Care Manager vorgenommen und ein darauf basierendes Curriculum entwickelt[11]. Dies erfolgte unter Berücksichtigung der Primärausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Altenpflege. Es wurde ein Schulungsbedarf von insgesamt 872 Stunden Theorie und 320 Stunden Praxis identifiziert.[12] Ein Teil der theoretischen und praktischen Inhalte lassen sich in anderen Zusatzqualifikationen wie beispielsweise der Pflegeberatung nach dem Sozialgesetzbuch und dem Case Management der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) wiederfinden oder aber durch entsprechende Berufserfahrung und berufliche Weiterbildungen abdecken. Nichtsdestotrotz ist eine Qualifikation bezüglich demenzspezifischer Inhalte notwendig, darunter Krankheitsbild Demenz; Diagnostik und medikamentöse Behandlungsansätze; ethische Aspekte der Versorgung; Prävention und Gesundheitsförderung; demenzspezifische pflegerische Probleme; nichtmedikamentöse Interventionen; belastungsassoziierte Erkrankungen und Entlastungsangebote für (pflegende) Angehörige; Verhalten in Notfall- und Krisensituationen, Kommunikation mit den Patienten und deren (pflegenden) Angehörigen; palliativpflegerische Versorgung von Demenzkranken und Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren.

Auswahl der Probanden und Datenerhebung

Mit Hilfe eines persönlichen Anschreibens wurden zunächst alle als niedergelassene Hausärzte tätigen Mediziner in Mecklenburg-Vorpommern über die Studie informiert. Waren diese bereit, als „Studienarzt“ aktiv teilzunehmen, bestand deren Aufgabe darin, ihre Patienten ab dem 70. Lebensjahr um eine informierte Einverständniserklärung (*informed consent*) zur Studienteilnahme zu ersuchen und dann einen kognitiven Test mit ihnen durchzuführen. Dann schickte der Arzt die Testergebnisse an das Studienzentrum am DZNE in Greifswald. Von hier aus erfolgten Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit dem Probanden und seinem Angehörigen. Auch dieser wurde um informiertes Einverständnis gebeten. Die Definition eines „Angehörigen“ wurde weiter gefasst als üblich. Denn für die Optimierung der Versorgung ist es essenziell, die Personen einzubeziehen, die die demenziell Betroffenen versorgen und unterstützen. Dies können auch Nachbarn oder Freunde sein. So ist die Konstellation nicht selten, dass Familienangehörige die gesetzlichen Vollmachten besitzen, die Versorgung vor Ort jedoch durch gute Freunde der Familie geschieht. Ein Angehöriger ist wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung für Dementia Care Management. Gerade allein lebende Betroffene können von der professionellen Unterstützung profitieren.

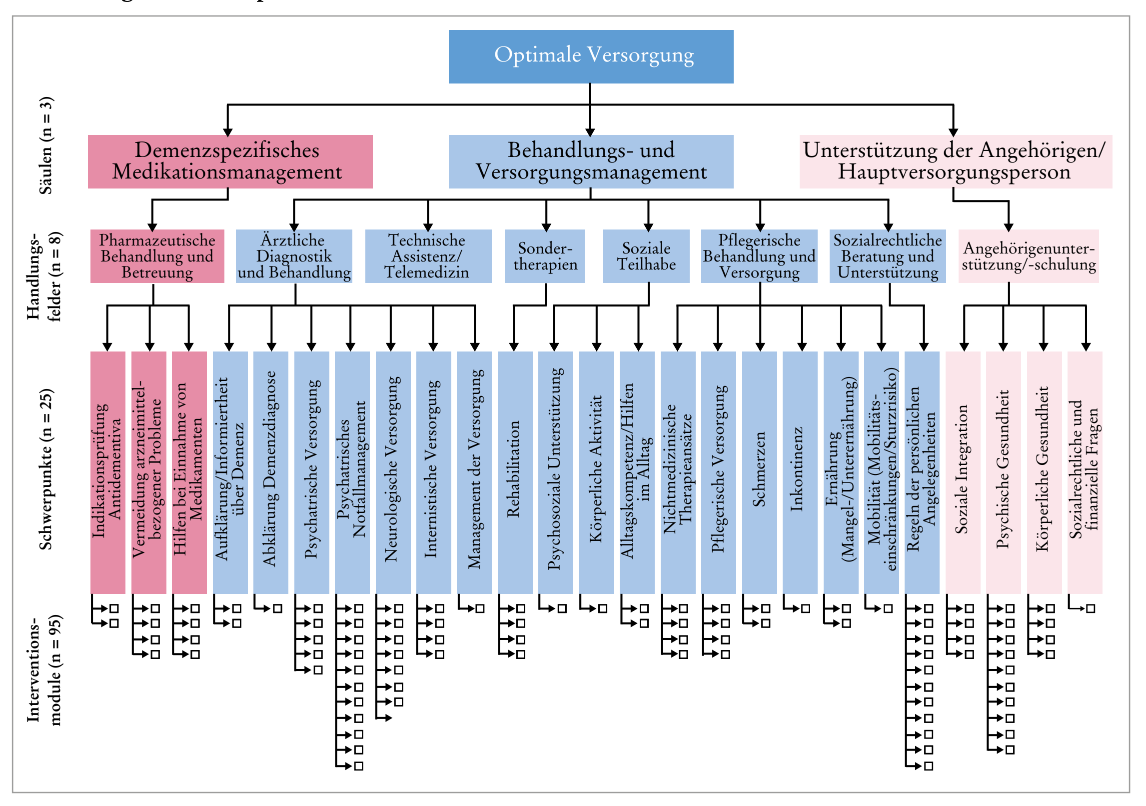
Nach telefonischer Terminabsprache finden dann Termine bei den Probanden zu Hause statt und es erfolgt die Erhebung der notwendigen Daten. So erfordern beispielsweise die kognitive und neuropsychiatrische Testung, die Analyse der Wohnsituation, der Angehörigenbelastung oder die Erhebung aller eingenommenen Medikamente und deren Lagerung viel Zeit. Nach der vollständigen Baseline-Erhebung folgt eine computerunterstützte Analyse der Bedarfe, die in einem vorläufigen Hausarztinformationsbrief in Form von konkreten Interventionsempfehlungen dokumentiert werden. Dieser wird im Studienzentrum von DelpHi in einer wöchentlichen Fallkonferenz besprochen und finalisiert. An dieser Konferenz nehmen regelmäßig mehrere Dementia Care Manager, ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, eine Pflegewissenschaftlerin, eine Pharmazeutin und eine Psychologin teil. Der fertige Hausarztinformationsbrief wird an den behandelnden Hausarzt übermittelt und von ihm gemeinsam mit dem zuständigen DCM besprochen, um den weiteren Behandlungsplan festzulegen. Hier entscheidet der Hausarzt darüber, welche Maßnahmen für den Probanden sinnvoll erscheinen und welche vom Hausarzt selbst oder von dem DCM umgesetzt werden sollen. Ein wichtiger Bestandteil des Informationsbriefes sind die Ergebnisse des Medikationsreviews.

Im Rahmen der Studie besucht der DCM den Probanden nun grundsätzlich sechs Monate lang zu Hause, um die Interventionsauf-

[11] Vgl. Alina Dreier/Wolfgang Hoffmann, Translating Taske and Demands in Routine Care into a Qualification for a Dementia Care Manager, in: J.R. Thyrian/W. Hoffmann (Anm. 3), S. 90–104.

[12] Vgl. Alina Dreier/Jochen René Thyrian/Tilly Eichler et al., Dementia Care Management Curriculum: an Evaluation of the Pilot Qualification for Nurses To Care for Patients with Dementia and Support their Care Givers in Primary Care, in: Nurse Education Today, (35) 2015.

Abbildung 1: Der DelpHi-Standard



gaben umzusetzen und damit die Bedarfe der Probanden zu adressieren. Diese Kontakte dienen auch dem Beziehungsaufbau und sind Voraussetzung für eine realistische Analyse der häuslichen Situation, so zum Beispiel bei der Einschätzung des Sturzrisikos. Ebenso ist bei der Erhebung der von den Probanden eingenommenen Medikamente ein Blick in den Medikamentenschrank aussagekräftiger als ein Studium des Medikamentenplans. Lösungen für Veränderungen in der Situation des Patienten können also vor Ort gemeinsam entwickelt und umgesetzt werden.

Prinzipiell sind die DCM angehalten, die Kontakte auf die Zeit innerhalb der Studienphase zu beschränken, fallweise sind aber auch Kontakte nach Ablauf dieser Zeitspanne möglich, um längerfristigen Prozessen adäquat begegnen zu können, beispielsweise der Beantragung von Pflegestufen.

Ein Jahr nach Beginn der Besuche erfolgt eine erneute, umfangreiche Datenerhebung. Hier werden alle Bereiche noch einmal erhoben, um Veränderungen zu erfassen und somit die Wirksamkeit und Effizienz des Dementia Care Managements zu analysieren. Dieses Assessment erfolgt bei allen Probanden in jährlichen Abständen, um auch langfristige Entwicklungen beschreiben zu können. Die Studie begann am 1. Januar 2012, mit endgültigen Ergebnissen zur Wirksamkeit bei allen Probanden ist 2016 zu rechnen.

Der DelpHi-Standard

Die Analyse aktueller Leitlinien zur evidenzbasierten Diagnostik und Behandlung von Demenz,[13] der Review aktueller Literatur, Treffen und Symposien mit Demenzexperten sowie die Aktivitäten des eigens eingerichteten wissenschaftlichen Beirats führten zur Entwicklung des DelpHi-Standards. Dieser beschreibt drei Säulen einer Intervention, denen

[13] Das heißt die der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN).

Handlungsfelder zugeordnet sind, die wiederum in Schwerpunkte untergliedert sind. Diesen Schwerpunkten sind dann Interventionsmodule zugeordnet. Diese beinhalten eine Operationalisierung der Voraussetzung zur Durchführung einer konkreten Intervention sowie eine Operationalisierung der erfolgreichen Umsetzung dieser Intervention. *Abbildung 1* zeigt einen Überblick über die optimale Versorgung nach dem DelpHi-Standard.

Die Interventionsmodule lassen sich einteilen in Module, die eine vertiefte oder spezifischere Überprüfung nach sich ziehen, eine Besprechung mit Fachkollegen (beispielsweise in einer Fallkonferenz) initiieren, bei komplexen Situationen eine individuelle Einschätzung des Durchführenden verlangen, eine Empfehlung an den behandelnden Hausarzt nahe legen, eine spezifische Aufgabe an den DCM stellen oder Notfallmaßnahmen nahelegen. Die Struktur der Intervention als modulares System ermöglicht eine flexible Gestaltung, das heißt, dass neuen Entwicklungen der Behandlung und Versorgung durch Veränderung existierender Module wie auch durch die Generierung neuer Module Rechnung getragen werden kann (beispielsweise die Veränderungen, die durch das Versorgungsstärkungsgesetz angestoßen werden bezüglich der Pflegebedürftigkeit und die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade). Die differenzierte inhaltliche Ausgestaltung unterstützt durch ihre Messbarkeit die wissenschaftliche Auswertung der Interventionen, sie gewährleistet jedoch auch, dass die Tätigkeit der DCM transparent wird. Für eine Implementation in der Routineversorgung sind dies unschätzbare Vorteile.

Dokumentation durch ein Interventions-Management-System

Voraussetzung für die qualitätsgesicherte Durchführung eines Dementia Care Managements ist eine computerunterstützte Dokumentation, Analyse und Prozessbegleitung. Die Computerunterstützung gewährleistet, dass die individuelle Situation des Patienten systematisch, reliabel und valide erhoben und transparent dokumentiert wird. Weiterhin ist die Durchführung unabhängig von dem zuständigen DCM standardisiert und er wird in Routineprozessen unterstützt und entlastet. Im Rahmen der DelpHi-Studie wurde ein computerunterstütztes Interventions-Management-System (IMS) entwickelt und angewendet, das diese Voraussetzungen erfüllt.

Durch die Verknüpfung mit Datenbanken und Informationen über Hilfs- und Unterstützungsangebote vor Ort dient das IMS darüber hinaus auch als Informationsquelle für die individualisierte Beratung. Im Gegensatz zur Lektüre von Broschüren und Listen können hier direkt nur die für den Patienten relevanten Informationen herausgefiltert werden.

Das IMS unterstützt die systematische und gründliche Analyse und Dokumentation der individuellen Situation des Patienten. Die daraus resultierenden Informationen stehen den Beteiligten jederzeit zur Verfügung und können bei Bedarf jeder neuen Situation angepasst werden. Diese Daten sind zwingende Voraussetzung für die Erstellung eines individuellen Versorgungs- und Behandlungsplanes, der durch das IMS automatisiert, basierend auf vorab definierten Algorithmen, erstellt wird. Dieser Plan wird durch den interdisziplinären und professionellen Austausch weiter individualisiert und in einem Informationsbrief dokumentiert, der dem behandelnden Hausarzt übermittelt wird. Der Hausarzt entscheidet, welche der vorgeschlagenen Interventionen realisiert werden sollen und von wem. Auch die Absprachen zwischen ihm und dem DCM werden im IMS dokumentiert und von dem DCM regelmäßig auf ihre Umsetzung hin überprüft. Wird zum Beispiel eine Empfehlung ausgesprochen, dass die Abklärung des Verdachts auf eine schwere Depression durch einen Facharzt erfolgen soll, so wird dokumentiert, ob die Empfehlung vom Hausarzt geteilt wird (wenn nein, warum nicht), ob der Patient zum Facharzt überwiesen wurde, und ob er den Facharzt tatsächlich aufgesucht hat. Ebenso kann vermerkt werden, warum die entsprechende Aufgabe „nicht erledigt“ wurde. Das etwaige Ergebnis, hier zum Beispiel die Abklärung einer Depressionsdiagnose sowie gegebenenfalls die Behandlung der Depression, wird unter den allgemeinen Daten der Person abgespeichert.

Erste Ergebnisse

Die Rekrutierung für die Studie ist mittlerweile abgeschlossen und es konnten erste Ergebnisse veröffentlicht werden, die bereits

jetzt eine positive Bewertung der DelpHi-Studie und des Dementia Care Managements zulassen.

Es fanden sich 136 Hausarztpraxen bereit, an der Studie teilzunehmen. In 125 Praxen wurden über die Laufzeit der Studie hinweg 6838 Patienten „gescreent“, das heißt untersucht. Dabei wurden 1166 Patienten (17,1 Prozent) mit dem Verdacht auf eine Demenz identifiziert. Diese Rate entspricht internationalen Zahlen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Studie ein stimmiges Bild der Realität zeigt. Von diesen Patienten willigten 634 (54,4 Prozent) ein, an der Studie teilzunehmen. Auch diese Rate ist für eine bevölkerungsbasierte Studie mit einem nicht unerheblichen Aufwand auf Seiten der Probanden sehr hoch. Die DelpHi-Studie ist somit die umfangreichste randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppe im hausärztlichen Bereich in Deutschland und zählt auch im internationalen Bereich zu den großen Interventionsstudien. Die Ergebnisse sind somit relevant für die Versorgungssituation in Deutschland, aber auch wissenschaftlich interessant für die internationale Gemeinschaft.

Ein erstes Ergebnis betrifft die systematische, frühzeitige Identifikation von Menschen mit Demenz in der Hausarztpraxis. So war lediglich bei 40 Prozent der positiv auf Demenz getesteten Probanden vor dem Screening eine Demenzdiagnose in der Patientenakte dokumentiert. Das systematische Screening kann damit erheblich zur Früherkennung beitragen. Eine Nachbefragung der teilnehmenden Hausärzte unterstreicht dieses Ergebnis, da sie in der Mehrheit angaben, das Screening zu befürworten und aufgrund des Screeningtests auch erstmals auf eine kognitive Einschränkung bei ihren Patienten aufmerksam geworden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass Demenz in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland häufig nicht diagnostiziert wird. Die deutschen Diagnoseraten liegen aber im Bereich internationaler Vergleichsdaten. So stimmen die Ergebnisse optimistisch, dass eine Verbesserung der Situation möglich ist, denn weitere Analysen der Diagnosedaten zeigten, dass die Diagnoserate nach dem Screening auf 70 Prozent anstieg.[14]

Eine weitere Analyse zeigte, dass durch die computerunterstützte Anwendung des IMS objektiv mehr Bedarfe identifiziert und auch bearbeitet werden, als dies ohne Computerunterstützung geschieht.[15] In etwa 75 Prozent der Fälle stimmten die computergenerierten Empfehlungen zudem mit der Expertenmeinung überein, der verbleibende Teil war der individuellen Situation des Menschen mit Demenz nicht angepasst. Außerdem wurden zusätzliche Interventionen vorgenommen, die von dem System nicht abgebildet wurden. Eine Überarbeitung der Interventionsmodule wird diese Übereinstimmung weiter optimieren, dabei muss eine Aufwand-Nutzen-Analyse gemacht werden, da eine 90- bis 100-prozentige Abbildung der Versorgungsrealität in Algorithmen auch aufgrund der Dynamik in der Versorgung nicht realistisch erscheint. Ebenso zeigt dieses Ergebnis, dass die bereits erwähnte Qualifikation der DCM von besonderer Bedeutung ist, um der individuellen Situation des Patienten gerecht zu werden. Eine Befragung der Anwender ergab, dass das IMS als entlastende Unterstützung bei der Erhebung und Dokumentation der komplexen, individuellen Behandlungs- und Versorgungsbedingungen wahrgenommen wurde.

Eine systematische Befragung von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Hausärzten bezüglich der Einstellung zur Versorgung an Demenz erkrankter Menschen unterstreicht, dass die an der Studie teilnehmenden Hausärzte sich in ihren Einstellungen nicht signifikant von den nicht-teilnehmenden Hausärzten unterscheiden. Hausärzte, die Erfahrung mit dem systematischen Screening und der Unterstützung durch Dementia Care Management gemacht haben, stehen diesem positiv gegenüber. Dementia Care Management wird mehrheitlich als sinnvolle Ergänzung angesehen, wobei sowohl die strukturierte Vorgehensweise, als auch die Qualifikation von und die Zusammenarbeit mit den Dementia Care Managern hervorgehoben wird.

[14] Vgl. Tilly Eichler/Jochen René Thyrian/Johannes Hertel et al., Rates of Formal Diagnosis in People Screened Positive for Dementia in Primary Care, Results of the DelpHi-Trial, in: Journal of Alzheimer's Disease, 42 (2014) 2, S. 451–458; Tilly Eichler/Jochen René Thyrian/Johannes Hertel et al., Rates of Formal Diagnosis of Dementia in Primary Care: The Effect of Screening, in: Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment and Disease Management, (2015) 1, S. 87–93.

[15] Vgl. Tilly Eichler/Jochen René Thyrian/D. Fredrich et al., The Benefits of Implementing a Computerized Intervention-Management-System (IMS) on Delivering Integrated Dementia Care in the Primary Care Setting, in: International Psychogeriatrics, 26 (2014) 8, S. 1377–1385.

Im Rahmen der Studie konnten sechs Dementia Care Managerinnen geschult und angestellt werden, das Curriculum wurde von fünf weiteren examinierten Fachkräften für Gesundheits- und Krankenpflege durchlaufen, die die Inhalte als „sehr wichtig“ beziehungsweise „wichtig“ für die Arbeit bewerteten. Die praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten wird grundsätzlich als zunehmend kooperativ beschrieben. Die DCM sehen sich als Partner der Betroffenen, bauen zügig eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung mit dem Patienten und seinem Umfeld auf. Dies ermöglicht ihnen in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, als Hilfe wahrgenommen zu werden. Im Verlauf wurden alle vom Hausarzt delegierbaren Leistungen an die DCM übertragen. Ebenso berichten Angehörige von Betroffenen über die Entlastung, die sie durch die Beratung der DCM erhalten haben. Die wissenschaftlich abgesicherte Beschreibung der Arbeit der Dementia Care Manager auf die Lebensqualität und gesundheitliche Versorgung der Betroffenen als auch die Entlastung der Angehörigen erfolgt 2016 nach Abschluss der Interventionsphase.

Perspektiven

Aus wissenschaftlicher Sicht sind viele Fragen noch unbeantwortet und verlangen nach detaillierteren Analysen. Trotzdem stellt Dementia Care Management bereits jetzt ein Konzept dar, das in der Routineversorgung dazu beitragen könnte, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu optimieren. Mit der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen der DelpHi-Studie ist hierfür der Grundstein gelegt. Sowohl die Qualifikation der DCMs als auch die Interventionen und das Dokumentationssystem wurden zwar routinenah, jedoch speziell für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragen konzipiert. Diese müssen für die Anwendung in der Versorgung also adaptiert und angepasst werden. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Leistungsträgern von essenzieller Bedeutung, sodass im Rahmen von groß angelegten, gemeinsamen Modellprojekten überprüft und getestet werden sollte, wie eine Implementation effektiv und effizient gelingen kann.

Shingo Shimada

Das vierte Lebensalter in Japan: Kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Das Alter(n) ist heute ein breit diskutiertes Thema. Die gestiegene Lebenserwartung, die Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen und die immer geringer werdende Geburtenrate werden in Deutschland häufig als krisenhaft für die Struktur des Sozial- beziehungsweise Wohlfahrtsstaates interpretiert. Und es ist mittlerweile allgemein bekannt, dass die japanische Gesellschaft mit demselben Problem konfrontiert ist, ja, dass ihr Problem angesichts der rasanten Entwicklung sogar wesentlich verschärft ist. Japan wird als „Testfeld für eine neue, bislang völlig unbekannte Gesellschaft“ bezeichnet.[1] Und es stellt sich die pragmatische Frage, was man von den Versuchen auf diesem experimentellen Feld lernen kann. Die Autoren Rainer Klingholz und Gabriele Vogt beantworten sie negativ, was mir etwas leichtfertig und einfach erscheint.[2] Zwar mag diese Einschätzung auf den ersten Blick nachvollziehbar sein, weil die japanische Gesellschaft, wie später gezeigt wird, auf der sozialpolitisch-institutionellen Ebene auf diese tief greifende Veränderung nicht gut vorbereitet ist. Doch wenn man den Blick auf die grundsätzlichen theoretischen Probleme der gesellschaftlichen Fürsorge allgemein richtet, gibt es eine Fülle von Anregungen, die man den japanischen Erfahrungen entnehmen kann. Zumal Deutschland und Japan mit derselben Herausforderung konfrontiert sind: Wie kann man die steigende Zahl pflegebedürftiger alter Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben lassen, und wie kann man ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen? Diese Fragen erfordern aber auch eine kritische Reflexion des

Shingo Shimada
Dr. phil., geb.1957; Universitätsprofessor und Inhaber des Lehrstuhls für Modernes Japan II mit sozialwissenschaftlichem Schwerpunkt an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf.
shimada@phil.hhu.de

gesellschaftlichen Wertesystems. Was bedeutet in diesem Zusammenhang ein menschenwürdiges Leben? Wie ist Menschenwürde im Zustand der Demenz zu verstehen? Was bedeutet Selbstbestimmung im Alter?

Diese Fragen zeigen, dass die bisher als selbstverständlich erachteten Werte neu verhandelt werden müssen. In diesem Sinne bedeutet der demografische Wandel nicht nur eine strukturelle Veränderung, sondern eine ebenso weitreichende Verschiebung der Wissensformationen und der Wertesysteme. Für diesen Prozess bietet eine kulturvergleichende Perspektive neue Anregungen, weil sie die Selbstverständlichkeiten der eigenen Kultur in Frage stellen kann.

Doch mit „Kultur" ist hier keine statische Tradition gemeint. Sicherlich wurden in Japan alte Menschen, vor allem die Hochbetagten im vierten Lebensalter, traditionell mit großem Respekt behandelt. Zum einen gab es nur wenige, die überhaupt dieses Alter erreichten (bis 1945 betrug die Lebenserwartung weniger als 50 Jahre), zum anderen forderte das teils konfuzianisch, teils alltagsreligiös begründete Weltbild dieses Verhalten. Und das 60. Lebensjahr mit der Bezeichnung *kanreki* markierte einen besonderen Lebensabschnitt, weil man nach der chinesischen Lebenskreislehre (12 Tierkreiszeichen mal fünf) eine Lebensrunde vollendet, womit dieser Geburtstag die positive Konnotation einer zweiten Geburt besaß. Auch das Sterben in hohem Alter wurde in der Regel als *dai-ôjô* (großes Sterben) positiv bewertet. Dieses Sterbekonzept ist mit der Vorstellung verbunden, dass man bis ins hohe Alter seine Gesundheit erhält und durch Altersschwäche allmählich im Kreis seiner Familie „natürlich" stirbt.[3] Doch die Modernisierung Japans ist durch ständige Auseinandersetzungen mit eigenen kulturellen Überlieferungen und von außen hereinbrechenden zivilisatorischen Artefakten gekennzeichnet, in denen dieses traditionelle Altersbild immer wieder in Frage gestellt wurde. Als Folge dessen hat man in der heutigen Gesellschaft vielfältige Altersbilder, die sich teils widersprechen. Die drastische Zunahme der hochaltrigen Menschen lenkt den Blick heute jedenfalls eher auf die problematischen Seiten des Alterns, nämlich Pflegebedürftigkeit und Demenz.

Der demografische Wandel und seine Konsequenzen

Wie eingangs erwähnt steht die japanische Gesellschaft wie die deutsche angesichts von Bevölkerungsschwund und Überalterung vor einer großen Herausforderung. Dabei ist die derzeitige Lage wesentlich dramatischer als in Deutschland. Es existieren Prognosen, nach denen im Jahre 3300 keine Nachfahren der heutigen japanischen Bevölkerung mehr auf dem japanischen Archipel leben werden.[4]

Während Japan 1970 im internationalen Vergleich noch eine sehr junge Gesellschaft gewesen war, schloss man Anfang der 1990er Jahre in Bezug auf die demografische Verteilung schon zu den anderen Industrienationen auf. Der Zeitabstand zwischen zwei von der UNO als typisch für die Entwicklung zur Industriegesellschaft angesetzten Schwellen des Anteils der über 65-Jährigen – 7 Prozent für den Eintritt in einen demografischen Wandel und 14 Prozent für eine alternde Gesellschaft –, war nirgendwo so kurz wie in Japan. Während Frankreich 115 Jahre dafür benötigte, vollzog Japan diesen Wandel in einer Rekordzeit von 24 Jahren zwischen 1970 und 1994. Mittlerweile ist Japan einer der Staaten mit dem weltweit höchsten Altenanteil. Dies ist mit der Lebenserwartung von 87 Jahren für Frauen und 80 Jahren für Männer 2013 – und der niedrigen Geburtenrate von etwa 1,4 Kindern pro Frau auch nachvollziehbar.[5]

Doch die daraus resultierende Krise beruht nicht allein auf dieser dynamischen Bevölkerungsentwicklung, sondern auch auf allzu spät ergriffenen sozialpolitischen Maßnahmen. Zwar erkannte der damalige Ministerpräsident, Kakuei Tanaka, 1973 die Notwendigkeit wohlfahrtsstaatlicher Maßnahmen und erklärte das Jahr zum „Ersten Jahr der

[1] Reiner Klingholz/Gabriele Vogt, Demografisches Neuland. Schneller noch als Deutschland muss Japan Antworten auf eine schrumpfende und alternde Gesellschaft finden, Berlin-Institut Discussion Paper 11/2013, S. 4.
[2] Ebd., S. 30.
[3] Vgl. Masako Amano, Oi no kindai (Die Alterung und die Moderne), Tokio 1999, S. 18 f.
[4] Vgl. R. Klingholz/G. Vogt (Anm. 1), S. 4.
[5] Vgl. WHO, World Health Statistics 2015, www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ (3. 8. 2015).

Wohlfahrtsära“ (*fukushi gan-nen*), sodass zumindest die Mindestrente von 20 000 auf 50 000 Yen angehoben wurde. Allerdings folgten darauf die Ölkrisen, und die Nachfolgeregierung kehrte 1979 mit dem Konzept der „Japanese style welfare society“ (*nihon gata fukushi shakai*) zu dem Prinzip zurück, die Pflege der älter werdenden Bevölkerung den Familienangehörigen zu überlassen. Dementsprechend wurden zwischen 1978 und 1985 Programme zur Förderung von Dreigenerationenhaushalten aufgelegt.[6] Doch jede Maßnahme zur Rettung der „japanischen“ Tradition war angesichts der demografischen Entwicklung so gut wie wirkungslos. 1989 verabschiedete das Kabinett den „Golden Plan“, eine „Zehnjahresstrategie zu Gesundheit und Wohlfahrt der Alten“. Dieses Programm verriet im Grunde, wie unvorbereitet die Politik zu diesem Zeitpunkt war. Denn der Plan sah den Ausbau von Pflegeeinrichtungen von damals 200 000 auf 500 000 Betten in Pflegeheimen und von 1000 auf 10 000 Plätzen in der Tagespflege vor. Fünf Jahre später erkannte man, dass diese angestrebten Zahlen unzureichend waren und verabschiedete den „New Gold Plan“ und einige Zeit später den „Gold Plan 21“. Diese Programme zeigten die grundlegende Notwendigkeit, die Pflege der immer älter werdenden Bevölkerung von der Familie in die Gesellschaft zu verlagern.

Bereits in der Planungsphase war den Verantwortlichen klar, dass sie den Anforderungen des demografischen Wandels nicht genügen würden und eine grundsätzliche institutionelle Veränderung folgen müsse. Ab Mitte der 1980er Jahre begann man daher, eine Pflegeversicherung in Erwägung zu ziehen, deren Konkretisierung in Deutschland damals bereits diskutiert wurde. Doch die Bedeutung dieser Versicherung in beiden Ländern ist sehr unterschiedlich.[7]

Bei einer vergleichenden Betrachtung der strukturellen Voraussetzungen fällt auf, dass in Japan Organisationen wie beispielsweise die Wohlfahrtsverbände gänzlich fehlen. Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen Modernisierungspfaden der beiden Gesellschaften. Während die soziale Fürsorge in Deutschland in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sowohl vom Staat als auch von zivilgesellschaftlichen Akteuren als wichtige Aufgabe erkannt wurde, blieb die Fürsorge für den Einzelnen in Japan weitestgehend Aufgabe der privaten Haushalte. So wurde die Vorstellung des familiären Zusammenlebens unter der Bezeichnung *ie* (Haus) als bindend für alle Staatsbürger propagiert. Dieser Idee entsprechend übernahm der Hausvorstand nach dem 1896 entstandenen bürgerlichen Gesetzbuch die Verantwortung für alle Hausmitglieder. Dadurch war die Errichtung eines modernen Staates möglich, ohne dass dieser Wohlfahrtsfunktionen übernehmen musste. Zwar wurde diese restriktive familienpolitische Vorgabe nach 1945 abgeschafft, doch die Vorstellung, dass die privaten Haushalte wohlfahrtsbezogene Fürsorgefunktionen gegenüber Kindern und Alten übernehmen sollten, blieb und wurde während des starken Wirtschaftswachstums zwischen 1955 und 1975 gar zementiert.

Indem sich die strikte geschlechtliche Arbeitsteilung durchsetzte, der entsprechend der Mann einer abhängigen Arbeit nachging und die Frau als Hausfrau den Haushalt führte, entstand eine Gesellschaftsstruktur, in der die betriebliche Arbeit den Mittelpunkt bildete. Diese von der florierenden Wirtschaft unterstützte Struktur reizte das bürgerliche Familienideal derartig aus, dass zwei geschlechtlich völlig getrennte Lebensbereiche entstanden: die Arbeit der Männer und der Bereich der Familie für die Frauen. Diese Arbeitsteilung ermöglichte es dem Staat, die Sozialausgaben so niedrig wie in keiner anderen Nation zu halten.[8] Das System funktionierte nur auf Grund der unbezahlten Haus- und Pflegearbeit der Frauen. Im Hintergrund wirkte eine Familienideologie, in der die traditionalistische Vorstellung des genealogischen Hauses und das moderne, westlich geprägte, bürgerliche Familienideal verschmolzen. Es wurde als selbstverständlich erachtet, dass die Ehefrau des ältesten Sohnes die Pflege

[6] Vgl. John Creighton Campell, How Policies Change. The Japanese Government and the Aging Society, Princeton 1992, S. 220.

[7] Ausführlich dazu Shingo Shimada/Christian Tagsold, Alternde Gesellschaften im Vergleich. Solidarität und Pflege in Deutschland und Japan, Bielefeld 2006.

[8] Vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Herausforderung des Sozialstaates, Frankfurt/M.1997, S. 50.

seiner Eltern im Dreigenerationenhaushalt übernahm. Diese Norm, die noch Mitte der 1970er Jahre eine unverrückbare Grundlage des Selbstverständnisses der Bevölkerung dargestellt hatte, löste sich in den darauffolgenden 20 Jahren langsam auf. Doch ist die Vorstellung, dass man das eigene Pflegeproblem nicht in die Öffentlichkeit hinaustragen darf, nach wie vor vorhanden, wie die beiden Fallbeispiele im dritten Teil des Beitrags veranschaulichen.

Die familiäre Belastung wurde jedoch mit der Zeit immer stärker, und so kam in den 1980er Jahren die Bezeichnung „Pflegehölle“ (*kaigo jigoku*) auf. Pflege von Angehörigen führte für Töchter und Schwiegertöchter, die ohnehin durch Haushalt, Kindererziehung und Teilzeitjobs häufig mehrfach belastet waren, in eine Situation, die sie als Überforderung empfinden mussten. Ein Ausweg aus der schwierigen Situation war die Heimunterbringung der Pflegebedürftigen oder ihre Einweisung in ein Krankenhaus. Doch für die Heimunterbringung fehlte es an Plätzen (wie der Goldplan verdeutlicht), sodass man sich als Ausweichmöglichkeit an zu dieser Zeit zahlreich entstandene, auf alte Menschen spezialisierte Privatkrankenhäuser wandte. Während diese Praxis für die Familien finanziell relativ günstig war, weil ab 1973 alle nicht von den Krankenkassen übernommenen Medizinkosten der über 70-Jährigen von den Kommunen getragen wurden, belastete sie die Krankenkassen sehr stark. Vor diesem Hintergrund stieg die Zahl der hospitalisierten alten Menschen in den 1990er Jahren auf rund 9 Prozent aller über 80-Jährigen.[9] Denn die Pflege in diesen Kliniken war trotz der hohen Kosten keineswegs befriedigend. Viele spezialisierten sich aus Gründen der Gewinnmaximierung auf das einträgliche Geschäft mit den Alten, ohne qualifizierte Pflege anzubieten.[10] Gleichzeitig wuchs die Zahl der bettlägerigen alten Menschen stetig an, was schließlich Mitte der 1990er Jahre als schwerwiegendes soziales Problem erkannt wurde.

Eine strukturelle Neuordnung war notwendig, in der die Vergesellschaftung der Pflege vorangetrieben werden konnte. Mit dieser Intention wurde 2000 die gesetzliche Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild eingeführt. Sie sollte nicht nur eine bessere Absicherung der Alten ermöglichen, sondern auch zu einer verstärkten Übernahme der sozialpolitischen Verantwortung durch die Kommunen führen. Darüber hinaus hoffte man, dass zahlreiche nicht profitorientierte Organisationen entstehen und Dienstleistungen der Altenpflege übernehmen würden.[11]

Aufkommen neuer Wissensformationen

Dieser radikale Strukturwandel der Gesellschaft fordert zugleich eine umfassende Reflexion über das vorhandene Wissen, was sich auch in der Neuprägung bestimmter Begriffe äußert. Besonders auffällig ist dies beim Begriff für Pflege *kaigo*. Dieses Wort ist zwar in der japanischen Sprache nicht völlig neu, doch es ist offensichtlich, dass es erst angesichts der dramatischen Lage gebräuchlich wurde, denn es wurde erst 1983 in das Standardwörterbuch *Kôjien* eingetragen.[12] Der Gebrauch dieses Begriffs wurde schließlich durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 2000 verstärkt, die von den Massenmedien als völlig neuartig und gar revolutionär gefeiert wurde.[13]

Die Verbreitung von *kaigo* in der japanischen Gesellschaft steht für einen elementaren Wertewandel, in dem die Pflege der alten Menschen zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe wurde. Es entstand eine neue diskursive Wissensformation, wodurch erst der soziale Bereich namens „Pflege“ entstand. Dazu gehört auch die Etablierung des Ausbildungssystems für Altenpfleger im Fach „Soziale Wohlfahrt“ (*Shakai fukushi gakka*) an mehreren Universitäten. Dieses Fach ist ein Teil der neuen Wissensformation, die auf das gesellschaftliche Bedürfnis antwortet.

[9] Vgl. Kôseishô, Kôsei hakusho (Weißbuch des Gesundheitsministeriums), Tokio 2000, S. 60.
[10] Vgl. Yûzô Okamoto, Kôreisha iryô to fukushi (Medizin und Wohlfahrt für Alte), Tokio 2003, S. 71 f.
[11] Vgl. dazu S. Shimada/C. Tagsold (Anm. 7).
[12] Vgl. Chizuko Ueno, Kea no shakaigaku. Tôjisha shuken no fukushishakai e (Soziologie der Fürsorge. Auf dem Weg zu einer Wohlfahrtsgesellschaft mit aktiven Betroffenen), Tokio 2012, S. 35.
[13] Näheres dazu siehe S. Shimada/C. Tagsold (Anm. 7), S. 93–110.

Doch nach der Einführung der Pflegeversicherung entstand ein neuer Diskurs. Denn mit der Bedeutungseinschränkung auf Altenpflege ging der Aspekt der Fürsorge für die Gesamtperson einschließlich ihrer emotionalen Bedürfnisse verloren. Das Wort *kaigo* konnte zwar neben *kango* für Krankenpflege, *kaijo* für Behindertenbetreuung und *ikuji* für Kinderpflege den Bereich der Altenpflege abdecken.[14] Es fehlte jedoch ein Oberbegriff, der all diese verschiedene Pflegebereiche und -aspekte umfassen und auch die emotionale Seite dieses Handelns zum Ausdruck bringen konnte. Offensichtlich war in der japanischen Sprache diese Ausdrucksmöglichkeit nicht vorhanden, sodass man begann, die englische Bezeichnung *care* als japanisiertes Fremdwort *kea* zu verwenden. Während sich die Bezeichnung *kaigo* für den engen Bereich der Altenpflege mit bürokratisch-technischer Konnotation im Kontext der Pflegeversicherung etabliert hat, deckt *kea* als Oberbegriff alle Pflegebereiche wie Kinder-, Kranken- und Altenpflege und auch den Bereich der Sterbehilfe mit der Konnotation der Fürsorge ab.

Im Rahmen dieses Fürsorgediskurses kam auch eine kritische Reflexion der Bezeichnung von dementen Personen auf. Das bis dahin geläufige *hôchishô* (Demenz) wurde als unangemessen und politisch unkorrekt empfunden und 2004 durch *ninchishô* (Kognitionsstörung) ersetzt.

So entstand die neue Wissensformation um Care und Pflege. Seitdem ist das Wort *kea* ein inflationär verwendeter Ausdruck, der aber auch die gesellschaftliche Befindlichkeit widerspiegelt.

Demenz als soziales Problem

Die oben genannte Umbenennung verweist auf die Sensibilisierung für die Problematik der Altersdemenz, die in der japanischen Gesellschaft wesentlich früher einsetzte als in Deutschland. Ein möglicher Grund liegt darin, dass die innerfamiliäre Pflege der dementen Personen zunehmend zur Belastung wurde, was bereits Anfang der 1970er Jahre öffentlich thematisiert wurde. Der Roman „Kôkotsu no hito“ (Der Mann in Ekstase) von Sawako Ariyoshi erzählt von einem dement werdenden alten Mann, der in der Familie von seiner Schwiegertochter betreut wird.[15] Offensichtlich konnten sich viele Leser(innen) mit der Figur der Schwiegertochter identifizieren, dieser Roman wurde damals zu einem Bestseller. Seit dieser Zeit ist die Frage, wie man mit dement werdenden alten Menschen umzugehen hat, ein gesellschaftliches Thema.

Eine mögliche Antwort auf diese Frage bietet die Pflegeeinrichtung „Takurôsho Yoriai“, die sich um schwer demente Personen kümmert. Sie entstand 1995 auf Eigeninitiative dreier Pflegerinnen in der Stadt Fukuoka, die mit ihrer Arbeit in konventionellen Großpflegeheimen unzufrieden gewesen waren und mit ihrem Konzept der multifunktionalen Gruppenheime ein innovatives Pflegekonzept entwickelten.[16] Hier werden zwei Fallbeispiele aus dem Umfeld dieser Einrichtung vorgestellt, um konkrete Probleme zu diskutieren, die im Zusammenhang der Altersdemenz in der japanischen Gesellschaft entstehen.[17]

An Frau Anami sehen wir, dass in der japanischen Gesellschaft mittlerweile die Pflege so weit institutionalisiert ist, dass eine Person ihrem Wunsch entsprechend außerhalb ihrer Familie bis zu ihrem Tod gepflegt und begleitet werden kann. Hier spielt die Selbstbestimmung von Frau Anami eine zentrale Rolle, und das Engagement des Leiters der Einrichtung Yoriai, Herrn Murase, gründet sich auf den Respekt vor dieser Selbstbestimmung. Dieser Umstand ist sicherlich neu in der ja-

[14] Vgl. C. Ueno (Anm. 12), S. 37.

[15] Sawako Ariyoshi, Kôkotsu no hito (Der Mann in Ekstase), Tokio 1972; engl. Ausgabe „The Twilight Years“, Tokio 1984.

[16] Von 2013 bis 2014 wurde am Institut für Modernes Japan der Universität Düsseldorf ein empirisches Forschungsprojekt mit dem Titel „Altersdemenz und lokale Fürsorge im deutsch-japanischen Vergleich“ durchgeführt, einige der Befunde werden hier vorgestellt. Die gesamte Auswertung wird 2016 unter dem Titel „Altersdemenz und lokale Fürsorge. Ein deutsch-japanischer Vergleich“ im transcript Verlag erscheinen. Für die finanzielle Unterstützung dieses Projektes seien dem DAAD und der Japan Society for Promotion of Science gedankt.

[17] Zur Geschichte der Einrichtung vgl. Kenji Toyota/Kunihiro Kuroki, Takurôsho Yoriai kaitai shinnsho (Neue anatomische Tafel zur Alteneinrichtung Yoriai), Tokio 2009.

Fallbeispiel 1: Frau Anami[*]

Frau Anami (geb. 1905) lebte seit 1977 allein, nachdem sie ihren Ehemann, der an Krebs erkrankt war, bis zu seinem Tod gepflegt hatte.
Sie entschied sich, allein in ihrem Haus zu bleiben und später in ein „Care-House", ein privatwirtschaftlich geführtes Altenheim, zu ziehen, das sich in der Nähe ihres bisherigen Wohnortes befand. Diese Entscheidung traf sie bewusst, um im lokalen Kontext bürgerschaftlich aktiv bleiben zu können. Als sie 90 Jahre alt wurde, brach sie sich einen Oberschenkel. Mit der Zeit wurde deutlich, dass sie sich nicht mehr selbst versorgen konnte und so wurde sie 2001 95-Jährig im genannten Care-House aufgenommen.
2003 brach sie sich erneut einen Oberschenkel und wurde in eine Klinik eingeliefert. Der zuständige Arzt entschied sich wegen des hohen Alters gegen eine Operation, und Frau Anami war fortan auf einen Rollstuhl angewiesen. Nach dem siebenmonatigen Klinikaufenthalt wurde sie entlassen, und für sie war klar, dass sie in ihr Care-House zurückkehren wollte. Doch das Care-House war zunächst nicht bereit, Frau Anami wieder aufzunehmen, weil sie ein Pflegefall wurde und man bei ihr zudem eine Frühphase der Demenz festgestellt hatte (dies bedeutete die japanische Pflegestufe 3, und dieses Care-Hause war trotz seines Namens nicht auf Pflegefälle ausgelegt). Da aber der Leiter der Einrichtung Yoriai Frau Anami durch die Tagespflege sehr gut kannte (Frau Anami hatte die Tagespflege von Yoriai besucht, bevor sie im Care-House aufgenommen wurde), organisierte er in der Funktion des Care-Managers (eine Koordinationsstelle, die im Rahmen der Pflegeversicherung eingerichtet wurde) ein halb informelles, halb institutionelles Unterstützungsnetzwerk und ermöglichte es so, dass Frau Anami in der gewohnten Umgebung weiter leben konnte.
Nach etwa fünf Monaten wurde Frau Anami schwächer und kam in die Pflegestufe 4. Langsam verlor sie den Appetit und verstarb 99-jährig in der Einrichtung für Kurzzeitpflege, das sich im selben Gebäude befand wie das Care-House. Sie konnte ihrem Wunsch entsprechend in ihrer gewohnten Umgebung von Angehörigen, Freunden und Mitarbeitern der Einrichtungen bis zu ihrem Tod begleitet werden. Auch zu ihrer Beerdigungszeremonie kamen alle Beteiligten.
Nach ihrem Tod wurde das Unterstützungsnetzwerk weiter aufrechterhalten. So entstand „Fureai kai" (Zusammenkunft), dessen Mitglieder durch regelmäßige Sitzungen die Möglichkeiten der lokalen Fürsorge für alte Menschen ausloten.

[*] Die Namen der hier vorgestellten dementen Personen wurden vom Autor geändert.

panischen Gesellschaft. Möglich wurde dies durch die Einführung der Pflegeversicherung, aber auch dadurch, dass sich durch den Diskurs um die Konzepte „Pflege" (*kaigo*) und „Fürsorge" (*kea*) Sensibilität für solche Fragen verbreitete.

Auf der anderen Seite wird an diesem Fallbeispiel auch das Defizit des japanischen Pflegesystems sichtbar. Denn es war die persönliche Bindung zwischen dem Leiter Herrn Murase und Frau Anami, durch die es dazu kam, dass Herr Murase diesen Fall als Care-Manager übernahm und sich über den institutionellen Rahmen hinaus für Frau Anami einsetzte. Die Besonderheit bei der Bildung dieses Netzwerkes ist die Tatsache, dass es Herrn Murase gelang, formelle Unterstützungsinstitutionen (das Care-House, die Kurzzeitpflegeeinrichtung und ein anderes privatwirtschaftliches Pflegeunternehmen) und informelle Unterstützer (Angehörige, Freunde, Nachbarn) zusammenzubringen und ein nachhaltiges Beziehungsgeflecht im lokalen Kontext zu bilden. Herr Murase sieht eine Aufgabe von Yoriai darin, ein lokales Netzwerk zu bilden, wobei die Einrichtung Yoriai unter anderem auch eine Koordinations- und Vermittlungsrolle übernimmt. Doch die Initiative hier war rein privat und zufällig. Hätten sich die beiden nicht gekannt, wäre Frau Anami wie die meisten Menschen in ihrer Situation von einer anderen, ihr unbekannten Pflegeeinrichtung aufgenommen und in der Sterbephase in eine Klinik geschickt worden.

Fallbeispiel 2: Frau Hayashi

Frau Hayashi (geb. 1923) wirkte etwa zehn Jahre lang in der Nachbarschaft aktiv als Wohlfahrtsvorsteherin (*minsei iin*) und war daher in der lokalen Gemeinde allgemein bekannt. Ihre Tochter, die im Haus nebenan wohnte, bemerkte eines Tages eine Veränderung in der geistigen Verfassung ihrer Mutter, die bei der Bestellung von Waren Fehler machte. So ging die Tochter zum örtlichen Gesundheitsamt, wo ihr der Besuch eines neurologischen Facharztes empfohlen wurde. Sie begleitete Frau Hayashi zum medizinischen Test, und es wurde Demenz in einem frühen Stadium festgestellt. Im Gespräch mit dem Arzt wurde vereinbart, Frau Hayashi medikamentös zu behandeln und sie zu einer Tagespflegeeinrichtung zu bringen, in der auch Rehabilitationsübungen angeboten wurden. Eine Zeit lang ging sie gern zu dieser Einrichtung, doch als ihre Demenzerkrankung fortschritt, konnte sie die Übungen nicht mehr mitmachen. Auch begann sie um diese Zeit ihr Haus zu verlassen und umherzustreifen.

Durch einen Zufall erfuhr die Tochter von der Einrichtung Yoriai, die sich in ihrer Nachbarschaft befand und solche Demenzfälle aufnahm, die anderswo abgelehnt wurden. Frau Hayashi wurde von Yoriai aufgenommen und besuchte die Einrichtung tagsüber. Anfangs konnte sie selbstständig zu Fuß dorthin gehen, da sie die Umgebung sehr gut kannte. Doch mit der Zeit nahm ihre räumliche Orientierungsfähigkeit immer stärker ab und sie lief immer häufiger weg. Obwohl die Tochter das Problem erkannte, zögerte sie lange, es in der Einrichtung anzusprechen, weil die Pflege ihrer Mutter in diesem Stadium für die Einrichtung eine wesentlich größere Arbeitsbelastung mit sich bringen würde. Doch beim Gespräch mit der damaligen Leiterin der Einrichtung Frau Shimomura wurde ihr vorgeschlagen, die Zeit, die Frau Hayashi in der Einrichtung verbrachte, sukzessiv zu verlängern. Während die Tochter der Meinung war, dass die Belastung durch die Betreuung ihrer Mutter, die unter Umständen sehr weit weg laufen konnte (sie hatte in jungen Jahren Leichtathletik betrieben), zu hoch für die Einrichtung sein würde, argumentierte Frau Shimomura, dass es um das Leben von Frau Hayashi ginge.

Deshalb schlug sie vor, Frau Hayashi längere Zeit in der Einrichtung zu lassen, um die Belastung der Tochter zu verringern und ein Unterstützungsnetzwerk in der Nachbarschaft aufzubauen. Dies war aus zwei Gründen notwendig. Zwar ist das Prinzip der Einrichtung Yoriai zum einen so, dass eine Pflegekraft demente Personen begleitet, die die Einrichtung verlassen und umherstreifen wollen, bis diese Personen freiwillig wieder zurückgehen möchten. Doch diese Möglichkeit war angesichts der Zahl der Pflegekräfte begrenzt und die Abwesenheit einer Person wurde auch nicht immer bemerkt. Zum anderen ging Frau Hayashi immer wieder von ihrem Haus aus verloren, wodurch die Tochter häufig allein mit diesem Problem konfrontiert war. Es war daher notwendig, diese Tatsache in der Nachbarschaft bekannt zu machen, sodass entweder die Tochter oder die Einrichtung benachrichtigt werden konnten, wenn jemand Frau Hayashi allein herumlaufen sah. Die Einrichtung Yoriai druckte deshalb einen Informationszettel mit einem Bild von Frau Hayashi aus, den Frau Hayashi selbst, ihre Tochter und ein Pfleger zusammen in örtlichen Geschäften und an Tankstellen verteilten.

Auf diese Weise entstand auf Initiative von Frau Shimomura die informelle Unterstützergruppe „Yoshie san wo kakomu kai“ (Gruppe um Frau Yoshie Hayashi), zu der anfänglich auch Professionelle aus dem städtischen Wohlfahrts- und Pflegebereich und örtliche Wohlfahrtsbeauftragte sowie Pfleger der Einrichtung Yoriai und Angehörige gehörten. Da dieses Netzwerk ein Defizit in der kommunalen Pflegearbeit deutlich machte, entwickelte es sich zu einer beständigen Institution, die sich nicht nur auf die Unterstützung von Frau Hayashi beschränkte.

Das Beispiel von Frau Hayashi ist zunächst nicht ungewöhnlich für den Umgang mit Demenzerkrankungen in der japanischen Gesellschaft, die Familienangehörigen bemerken zumeist als erste die Veränderung der Geistesverfassung der betreffenden Person. Häufig sind sie ratlos, und es vergeht Zeit, bis sie sich entschließen, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Es kommt immer wieder vor, dass sich die Angehörigen wegen des Zustandes der betreffenden Person schämen und davor scheuen, dies direkt anzusprechen.

Da wie bereits im ersten Abschnitt dargestellt die gesellschaftliche Norm, dass die Familienangehörigen die Pflege der alten Menschen übernehmen sollten, in der japanischen Gesellschaft vorherrschend ist, möchte man die Probleme innerhalb der Familien lösen. Auch in diesem Fall zögerte die Tochter lange, bis sie sich entschloss, Beratung vom städtischen Gesundheitsamt einzuholen. Und auch später verschwieg sie gegenüber Yoriai lange Zeit das beginnende „Herumlaufen“ ihrer Mutter. Erst nachdem die Leiterin von Yoriai auf die in solchen Fällen lebensbedrohlichen Gefahren hinwies, willigte die Tochter ein, das Problem gemeinsam mit Yoriai anzugehen.

An diesem Beispiel wird das grundsätzliche Prinzip dieser Einrichtung sichtbar, den Willen der dementen Person zu respektieren, auch wenn er nicht immer klar geäußert wird. So begleiten die Mitarbeiter die dementen Personen, wenn sie aus dem Haus gehen, und versuchen herauszufinden, wohin sie gehen möchten. Auch in anderen Bereichen werden die dementen Personen stets gefragt, ob sie bestimmte Handlungen möchten oder nicht, wenn auch nicht immer eine Antwort erwartet werden kann.

Die beiden Beispiele zeigen auch, auf welche Weise man in konkreten Pflegesituationen mit ethischen Werten wie Selbstbestimmung und Menschenwürde konfrontiert ist. Bemerkenswert hierbei ist, dass die Pfleger, Sozialarbeiter und Angehörigen kaum die aus dem Westen übernommenen Begriffe Selbstbestimmung (*jikokettei*) und Würde (*songen*) verwenden, sondern stets von einer „der betreffenden Person angemessenen“ (*sono hito rashii kaigo*) Pflege sprechen. Dies ist ein Konzept, das möglicherweise ohne hoch philosophische Begründungen auskommt und als Ansatz für eine weiterreichende Reflexion auch außerhalb Japans interessant sein kann.

Auf dem Weg zu einer Fürsorgegesellschaft?

In diesem Beitrag sollte deutlich werden, in welch umfassendem Wandlungsprozess die japanische Gesellschaft sich zurzeit befindet. Staat, Familie, Individuum, die Wissensformationen und die alltäglichen Lebenswelten geraten in Bewegung. Mitten in diesem Prozess ist die Lösung noch nicht in Sicht. Doch eine Einrichtung wie Yoriai zeigt einen Weg, der durchaus für andere Gesellschaften von Interesse sein kann. Es geht letztendlich um die Generierung einer neuen Gemeinschaftlichkeit, in der die dement werdenden Personen, so weit es geht, in Ruhe und selbstbestimmt leben können. Gerade die sozialpolitische Lücke in Japan, die zwischen dem Staat und den Privathaushalten klafft, ermöglicht ein experimentelles Vorgehen wie das von Yoriai.

Die Details der vier Gesetzentwürfe

Vom Totalverbot der Beihilfe zum Suizid bis zur rechtlichen Freigabe für die Ärzte

In der Debatte um die Sterbehilfe geht es vornehmlich um die Frage nach der Hilfe zur Selbsttötung. Suizid und auch die Hilfe zum Suizid sind in Deutschland aktuell nicht strafbar.

Der Vorschlag von Patrick Sensburg (CDU), Thomas Dörflinger (CDU) sowie 33 weiteren Abgeordneten (18/5376) sieht eine radikale Änderung der Rechtslage vor. Anstiftung und Beihilfe zum Suizid sollen unter Strafe gestellt werden. Bei einer Verurteilung droht eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren. Die Gruppe weist in der Begründung darauf hin, dass die Beihilfe in „extremen Ausnahmefällen" entschuldet sein könnte, das heißt, es würde keine Strafe verhängt.

Nur im Einzelfall Der Gesetzentwurf von Michael Brand (CDU), Kerstin Griese (SPD) sowie 208 weiteren Abgeordneten (18/5373) sieht vor, die geschäftsmäßige Suizidassistenz durch Ärzte, Einzelpersonen oder Organisationen unter Strafe zu stellen. Es droht eine Geld- oder eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren. Dabei sollt es egal sein, ob die Betroffenen mit Gewinnerzielungsabsicht oder karitativ handeln. Nur in Einzelfällen beziehungsweise durch Angehörige oder dem Sterbewilligen nahestehende Personen soll die Hilfe zur Selbsttötung erlaubt bleiben.

Regeln für Ärzte Ein Entwurf von Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD) sowie 105 weiteren Abgeordneten (18/5374) sieht vor, durch eine Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch die Suizidbeihilfe für Ärzte zu ermöglichen und zu regeln. Voraussetzung dafür soll unter anderem eine irreversible, tödliche Krankheit sein, deren erwartbare Leiden ein Patient durch einen Suizid abwenden möchte. Damit sollen Verbote im ärztlichen Standesrecht umgangen werden. Regelungen im Strafgesetzbuch sieht dieser Vorschlag nicht vor.

Auch der Vorschlag von Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen), Petra Sitte (Die Linke) sowie 51 weiteren Unterzeichnern (18/5375) sieht vor, die bestehende Straffreiheit der Suizidbeihilfe fortzuschreiben. Davon umfasst ist auch die Beihilfe durch Ärzte als auch durch Organisationen, sofern sie keine gewerbsmäßigen Absichten verfolgen. Der Vorschlag sieht nicht vor, auf bestimmte Krankheitskriterien abzustellen. Ein strafbewehrtes Verbot – bis zu drei Jahren Freiheits- oder Geldstrafe – sieht der Entwurf hingegen für gewerbsmäßige Sterbehilfe vor.

Bei allen Unterschieden, die Debatte am vergangenen Donnerstag (2.7.2015, *Anm. d. Red.*) machte auch deutlich: Eine Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung, ein Gesetz ist aktuell auf dem Weg, als auch der Suizidprävention (…) wird von allen Abgeordneten grundsätzlich unterstützt.

Sören Christian Reimer in: Das Parlament 28-30/2015 vom 6. Juli 2015, S. 1, www.das-parlament.de/2015/28_30/titelseite/-/382448 (2.9.2015).

Diese Ausgabe von „Das Parlament" widmet sich der Sterbebegleitung als „Thema der Woche" und dokumentiert in gekürzter Form die Bundestagsdebatte zur Sterbehilfe am 2. Juli 2015 (Anm. d. Red.).

Reiner Sörries

Zum kulturgeschichtlichen Kontext der Verhandlungen über das Lebensende Hochbetagter

Essay

Zumindest weiß es die Statistik, dass die Menschen immer älter werden, und viele von ihnen bleiben gesund, vital und unternehmenslustig. Die jungen Alten nennt man gerne die Generation der Golden Agers, und sie sind als Konsumenten hoch geschätzt. Doch nicht wenige bezahlen dann das hohe Alter mit Krankheit oder gar Pflegebedürftigkeit und werden zu einer Belastung für die Gesellschaft. Sie konsumieren allenfalls medizinische und pflegerische Leistungen, die sie, je länger je mehr, nicht mehr selbst finanzieren können. Muss sich da die Gesellschaft nicht darüber Gedanken machen, wie eine steigende Zahl solcher Menschen volkswirtschaftlich zu verkraften ist?

Reiner Sörries
Dr. theolog. habil., geb. 1952; apl. Professor am Lehrstuhl für christliche Archäologie und Kunstgeschichte der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e. V. und Direktor des Museums für Sepulkralkultur, Weinbergstraße 25–27, 34117 Kassel
soerries@sepulkralmuseum.de

Euthanasie versus Euthanasia

Die Nationalsozialisten hatten ausgerechnet, was ein „Krüppel“ oder „Erbgeschädigter“ die „Volksgemeinschaft“ kostet. In Reden, Schulbüchern und auf Plakaten informierte man die Bevölkerung über die Schäden, die durch ein „Durchfüttern“ der „Ballastexistenzen“ entstehen: „Zu der fortschreitenden Verdummung kommt noch die Belastung des Volkskörpers mit unbrauchbaren, verbrecherischen Elementen, mit körperlich Kranken, denen das Leben zur Qual wird, mit Epileptikern, Irrsinnigen, Säufern usw. Der jährliche Gesamtaufwand für die erblich Minderwertigen beträgt in Deutschland zur Zeit etwa 350 Millionen Reichsmark.“[1] „Hier trägst Du mit“ lautete die Botschaft auf einem Plakat, auf dem ein Mann zwei offenkundig „Unbrauchbare“ auf seinen starken, aber dadurch niedergedrückten Schultern trägt: „Ein Erbkranker kostet bis zur Erreichung des 60. Lebensjahres im Durchschnitt 50 000 RM.“

Mit groß angelegten Euthanasieprogrammen hatte man begonnen, die Schwachen „auszumerzen“, um die Volksgemeinschaft zu schützen, aber auch um die Kosten für die „hoffnungslosen Fälle“ zu sparen. Moralisch konnte man sich auf die Thesen vom „unwerten Leben“ stützen, und dass es doch sogar im Sinne dieser armen Geschöpfe sei, von ihrem Leiden erlöst zu werden. Bereits der Zoologe, Philosoph und Freidenker Ernst Haeckel (1834–1919) hatte mit dem Verweis auf den in vielen Kulturen geübten Infantizid für die Euthanasie behinderter Kinder plädiert. Der österreichische Psychologe Adolf Jost hatte 1895 Überlegungen angestellt, es könne Situationen geben, in denen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die Gesellschaft überhaupt wünschenswert sei.[2] Schließlich waren es jedoch der Leipziger Jurist Karl Binding und der Freiburger Psychiater Alfred Hoche, die Anfang der 1920er Jahre die wissenschaftliche Grundlage für eine Beseitigung der Schwachen schufen und die Vernichtung unwerten Lebens propagierten.[3]

Diese Vorgeschichte ist weitgehend bekannt, ebenso sind es die konkreten Tötungsmaßnahmen der Nationalsozialisten. Seit dieser Zeit hat die *Euthanasia*, die seit

Der Beitrag fußt auf der Monografie des Autors: Vom guten Tod. Die aktuelle Debatte und ihre kulturgeschichtlichen Hintergründe, Kevelaer 2015.

[1] Hermann Römpp, Lebenserscheinungen. Eine allgemeine Biologie für die Oberstufe höherer Lehranstalten und zum Selbstunterricht, Stuttgart 1933, S. 150.

[2] Adolf Jost, Das Recht auf den Tod, Göttingen 1895, S. 1.

[3] Karl Binding/Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.

dem klassischen Altertum im positiven Sinn als *gutes Sterben* und durchaus als *Hilfe zu einem guten Sterben* verstanden wurde, als *Euthanasie* einen arg bitteren Beigeschmack angenommen.

„Der moderne Tod“

Man tut sich schwer, sachlich und emotionslos über die vorzeitige Beendigung des Lebens zu reden, und dennoch sind die Überlegungen zu einer Euthanasie aus ökonomischen oder sogar aus ethischen Gründen nie ganz verstummt. Immerhin gibt es jetzt modernere Konzepte, die ein „sozialverträgliches Frühableben“ für erwägenswert oder gar notwendig halten. Noch bevor der damalige Präsident der Bundesärztekammer Karsten Villmar dieses Unwort des Jahres 1998 geprägt hatte, hatte der schwedische Schriftsteller Carl-Henning Wijkmark 1978 mit einem kleinen Buch mit dem Titel „Den moderna döden“ – zunächst nur in schwedischer Sprache – eine Diskussion vorweggenommen, die auf moderne Industriestaaten zukommen könnte, falls es nicht gelingen würde, die „Rentnerschwemme“ – so das Unwort des Jahres 1996 – zu bewältigen. Wie soll man angesichts ihrer wachsenden Anzahl mit den unproduktiven Alten umgehen, die nur noch Geld kosten und die Volkswirtschaft belasten?

Wijkmark schilderte einen fiktiven Dialog unter schwedischen Experten, die auf Einladung von Dellem, einer Projektgruppe für Altersfragen im schwedischen Sozialministerium, in einem behaglichen Hotel am Öresund zusammengekommen waren, um die Frage zu erörtern, wie man überflüssige Menschen auf möglichst humane Art töten könne. Dabei sollte unbedingt auf die Einsicht der Betroffenen gesetzt werden, dass es nicht gut sei, aus egoistischen Gründen am Leben festzuhalten. Am besten sei es nämlich, wenn die Alten aus freien Stücken in ihr Ableben einwilligten. Erst 2001 erschien das Buch dann in deutscher Sprache unter dem Titel „Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität“.

2005 wurden in Hamburg und Senftenberg Theaterfassungen des „modernen Todes“ uraufgeführt und angesichts der aktuellen Sterbehilfedebatte 2015 im Volkstheater Rostock neu ins Programm genommen, und zwar in dieser Version:

„In der vergangenen Woche fand in Sitzungszimmer N207 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin eine lange geplante Sitzung zum Thema Sterbehilfe statt. Die Teilnehmer hatte man im Vorfeld um strikte Vertraulichkeit gebeten. Es ging um ‚heikle Fragen‘. Als Erstes ergriff Abteilungsleiter Bert Persson das Wort, Leiter der Projektgruppe des Ministeriums, die sich mit der sozialpolitischen Dimension des letzten Lebensabschnitts beschäftigt. Persson holte weit aus, sprach über das demografische Problem, die Belastungen für die junge Generation, die explodierenden Pflegekosten. ‚Wir müssen‘, sagte Persson, ‚die Probleme zusammen mit den Alten lösen, nicht gegen sie.‘ Dann stellte er die Vorschläge seiner Projektgruppe vor. Sie will vor allem an den Gemeinschaftssinn der älteren Generation appellieren. Den Senioren müsse klargemacht werden, welche Opfer sie der Gesellschaft abverlangen. Man müsse, forderte Persson, die Einstellung zum Tod verändern. Natürlich nicht sofort nach der Pensionierung, sondern erst, ‚wenn die Kräfte abnehmen und die Alterskrankheiten einsetzen‘. Unterstützt wurde Persson von Caspar Storm, Professor am Institut für medizinische Ethik. Er forderte in seinem kurzen Vortrag eine ‚neue Lebens- und Todesethik‘. Widerspruch gab es nach Angaben von Teilnehmern kaum. Man beschloss zu prüfen, wie eine Telefon-Hotline eingerichtet werden könne, die Sterbewillige an entsprechende Organisationen vermittelt. Perssons Fazit ist eindeutig: ‚Wir brauchen schnell mehr Tote.‘“[4] Aber das ist ja nur Theaterdonner – noch.

Der altruistische Selbstmord

Doch ist das wirklich nur ferne Zukunftssorge? Immerhin resümiert der Sozialwissenschaftler Ludger Fittkau 2006, dass Sterbehilfe seit ihrer „Erfindung“ am Ende des 19. Jahrhunderts ein doppeltes Gesicht besitze. Zum einen soll sie dem Einzelnen die Kontrolle über das Sterbegeschehen und den Todeszeitpunkt geben. Zum anderen bietet sie der Gesellschaft die Möglichkeit einer „biologischen Politik“.[5] Im Sterbehilfe-

[4] Nicola Abé et al., Der moderne Tod, in: Der Spiegel vom 3.2.2014, S. 36.

[5] Geprägt wurde der Begriff von Wilhelm Schallmayer, der als Begründer der Rassenhygiene und Eugenik gilt; Wilhelm Schallmayer, Vererbung und

diskurs ging es von Beginn an um politische Ökonomie, beispielsweise um Ressourcenpolitik im Gesundheitssystem.[6] Es waren Biologen und Ökonomen, die als erste ein Recht auf Sterbehilfe propagierten. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Wo immer es um Sterbehilfe geht, sind Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung, zu Budgetbelastungen durch Altersdemente oder psychisch Kranke nicht weit.

Haben denn die Projektgruppen auf der schwedischen Insel oder im Berliner Ministerium in den Inszenierungen von „Der moderne Tod“ nicht mit guten Gründen für ein gesellschaftspolitisch notwendiges Lebensende plädiert, durchaus mit dem Verweis auf den alten Grundsatz, dass Allgemeinwohl vor Eigennutz gehe? Ist es dann nicht eine gute Tat, wenn ein Hochbetagter beschließt, der Gemeinschaft nicht länger als Kostgänger zu schaden?

In seiner bis heute hoch geachteten Schrift „Der Selbstmord“ von 1897 hat der französische Soziologe und Ethnologe Émile Durkheim differenzierend von einem „altruistischen Selbstmord“ gesprochen. Im Gegensatz zum „egoistischen Selbstmord“ wird der altruistische Selbstmord von Menschen verübt, die sehr gut oder sogar übermäßig in eine vorhandene Sozialstruktur eingebunden sind. Dabei verweist er auf Gesellschaften, in denen die Selbsttötung unter bestimmten Voraussetzungen als notwendig erachtet wird. Dazu gehören Formen der sogenannten Totenfolge, die in klassischer Weise in der Witwenverbrennung in Indien zum Ausdruck kommt. Andere Beispiele bieten verschiedene Arten von Selbstmordkommandos für einen gedachten guten Zweck, von den japanischen Kamikazepiloten im Zweiten Weltkrieg bis zu den Selbstmordattentaten strenger Islamisten. Selbstverbrennungen aus politischen Gründen kennt aber auch unser Kulturkreis oder den Hungerstreik, bei dem der eigene Tod in Kauf genommen wird. In den jeweiligen Gesellschaften oder Gruppen genießt die deshalb vollzogene Selbsttötung einen hohen Stellenwert. Letztlich können viele Gründe gegeben sein, die ein Gruppenmitglied zur Selbsttötung veranlassen, um dem Wohl der ganzen Gruppe zu dienen, und der Gedanke, der Gruppe, der Familie, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen, kann ebenfalls einen altruistischen Selbstmord zur Folge haben. Diesen Gesichtspunkt betonen heute Gegner der aktiven Sterbehilfe, die befürchten, dass auf alte, kranke, nicht mehr produktive Menschen Druck ausgeübt werden könnte, ihrem Leben, dass die Gruppe nur noch belastet, ein Ende zu setzen. Die Betroffenen könnten es als Verpflichtung ansehen, diesen Schritt zu gehen. Es sind Verhältnisse denkbar, in denen die Selbsttötung zu einem gesellschaftlichen wie individuellen Wert erkoren wird. Dabei kann die Einschätzung entstehen, dieser Tod sei ein guter Tod. Nicht nur in religiösen Kreisen kann der Tod für andere, der Opfertod, zu einem Wert an sich werden. Und dann ist es lediglich die Frage, wofür ein Opfer, gar das Opfer des eigenen Lebens sinnvoll, wünschenswert oder sogar geboten erscheint.

Abwägung zwischen höher- und minderwertigem Leben

Gibt es folglich doch eine Abwägung zwischen höher- und minderwertigem Leben? Kann die prospektive Lebensperspektive der Organempfänger die eingeschränkte Lebensqualität des Spenders überwiegen? Den Tod für andere als moralisches Gut zu implizieren bedeutet, dass es neben dem einen Leben ein höherrangiges anderes gibt, zu dessen Gunsten es erlaubt oder sogar geboten ist, den Tod zu wählen. Im Falle von Pater Maximilian Kolbe, 1941 in das Konzentrationslager Auschwitz deportiert, entschied sich der Ordensmann dafür, sein Leben für den Mithäftling zu geben, weil dieser als Familienvater Frau und zwei Söhne hatte im Gegensatz zu dem alleinstehenden Pater. Heutzutage sind es beispielsweise Personenschützer, deren Aufgabe und Pflicht es ist, gegebenenfalls ihr Leben für das Leben der zu schützenden Person zu opfern. Auch dies funktioniert nur dann, wenn das Leben der zu schützenden Person höherwertig eingestuft wird als jenes der Personenschützer. Solche Differenzierungen von Wertigkeiten von Leben widersprechen zwar nicht nur christlichen Überzeugungen von der unbedingten Gleichheit

Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie aufgrund der neueren Biologie, Jena 1920[4] (1903), S. 329.

[6] Vgl. Ludger Fittkau, Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie, Frankfurt/M. 2006.

aller Menschen, sondern auch den Grundsätzen der allgemeinen Menschenrechte, aber sie werden selbst in modernen, demokratischen Gesellschaften aus unterschiedlichen Gründen getroffen.

Der australische Philosoph und Ethiker Peter Singer war bereits 1980 gemeinsam mit Helga Kuhse durch seine radikalen Überlegungen zur Euthanasie in bestimmten Fällen bekannt geworden. Sie stellten die Frage, ob es nicht unter Umständen erlaubt oder sogar geboten sei, menschliches Leben, nicht zuletzt um seiner selbst zu töten, um nicht nur Leid, sondern vor allem sinnloses Leben zu vermeiden. Ihr gemeinsam verfasstes Buch, in dem sie die Frage erörterten „Muß dieses Kind am Leben bleiben?“,[7] schlug Wellen. Sie stellten eine Frage, die so wohl in Deutschland undenkbar gewesen wäre: „Die moderne Medizin hat uns die Mittel verschafft, die es ermöglichen, viele schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder am Leben zu erhalten, die noch vor zwei oder drei Jahrzehnten bald nach der Geburt gestorben wären. Sollen wir aber auch jedes Kind mit allen verfügbaren Mitteln am Leben erhalten, oder sollen wir in gewissen Fällen wegen einer schweren Krankheit bzw. Behinderung eines kleinen Kindes zulassen oder gar dazu beitragen, dass es sterben kann?“[8]

Singer, dessen Thesen in Deutschland auf viel Kritik stießen, war allerdings auch hierzulande auf Vortragsreisen unterwegs, zu denen ihn der Leipziger Philosophieprofessor Georg Meggle eingeladen hatte. Als leidenschaftliche Utilitaristen sind Singer und Meggle Brüder im Geiste. Schon Jahre zuvor hatte Meggle Berechnungen über den Wert des Lebens angestellt und auch schlussgefolgert, der Tod beziehungsweise das Totsein könne selber etwas Gutes sein.[9] Wenn sich der Wert eines Lebens gegen Null neigt, so müsse man über eine entsprechende „Lethalalternative“ nachdenken dürfen. Konsequent weiter gedacht kritisierte der Journalist und studierte Rechtswissenschaftler Oliver Tolmein noch zu D-Mark-Zeiten, welche Schlussfolgerungen nach Meggle gezogen werden müssten: „Wenn das Leben als monetärer Wert meß- und mithin einstufbar geworden ist, können die Interessen des Einzelnen und der so bestimmte Wert seines Lebens für ihn gegen die Interessen der Gesellschaft gerechnet werden. Denn ein Wert, der sich in einer abstrakten Größe wie Mark fassen läßt, ist einer, der nicht nur Leben mit sich selbst und zueinander, sondern auch Leben mit anderem in Beziehung setzen kann. Entspricht der Lebenswert 50 000 Mark, kostet eine medizinische Behandlung aber weitaus mehr, wäre es konsequent, die Behandlung abzubrechen.“[10] Und er zitiert die finnischen Philosophen Hefa und Matti Hävry: „Es gibt eine Reihe von Theoretikern, die unter Berufung auf ökonomische Notwendigkeiten argumentieren, daß Alten oder Behinderten ohne große Sorge der Zugang zu den Segnungen der modernen Medizin versperrt werden darf, die sich aber gleichzeitig strikt gegen eine Legalisierung der Euthanasie wenden. Dabei hätte Euthanasie sehr wahrscheinlich einen äußerst positiven Effekt auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, weil sie ein Ende für die vielen, lebensverlängernden Behandlungen, die derzeit an sterbenskranken Patienten gegen deren Willen durchgeführt werden, bedeuten würden.“[11] Ist demnach die Expertenrunde, die schon 1978 auf der schwedischen Insel zusammenkam, gar nicht so fiktiv, wie man meinen könnte?

Niemandem zur Last fallen wollen

Freilich, so könnte man denken, kommt es dann immer noch auf die Höhe der Schwelle an, die man setzt, bevor das Leben als geringwertig eingestuft wird. Gegenwärtig lassen sich viele ältere Menschen bei der Planung ihrer Bestattung und des Grabes von dem Gedanken leiten, ihren Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen. Sie wählen deshalb eine

[7] Peter Singer/Helga Kuhse, Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener, Erlangen 1993; englische Originalausgabe: Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants, Oxford 1985.
[8] Dies., Sollen alle schwergeschädigten Neugeborenen am Leben bleiben?, in: dies., Individuen, Menschen, Personen – Fragen des Lebens und Sterbens, Sankt Augustin 1999, S. 183–203, hier: S. 183.
[9] Georg Meggle, Euthanasie und der Wert eines Lebens, in: Grazer Philosophische Studien, (1991) 41, S. 208.
[10] Oliver Tolmein, Wann ist der Mensch ein Mensch? Humankapital. Die Ökonomie der „Euthanasie“-Diskussion, 1996, www.integra.at/files/Tolmein94.pdf (9. 7. 2015).
[11] Ebd.

anonyme Grabstelle unter der grünen Wiese oder ein pflegefreies Gemeinschaftsgrab. Immerhin ist daran abzulesen, dass sie den Wunsch ihrer Angehörigen nach Gedenken und Erinnerung an sie für gering oder gar nicht vorhanden halten. Um wie viel mehr kann sich der Gedanke einstellen, sie könnten ihrer Familie durch ihre Pflegebedürftigkeit zur Last fallen. Oder es treibt sie die Sorge um, auch das letzte Ersparte könne durch die Pflegekosten aufgezehrt werden? Würde nicht ein Einwilligen in das Sterben all diese Sorgen beseitigen helfen? Wie stark wird das Gewissen oder das Selbstwertgefühl belastet durch das Gefühl, nur noch eine psychische, physische und finanzielle Last zu sein?

Dass eine Gesellschaft nach einem Ausgleich der Interessen der Jungen und Alten verlangt, ist keine ganz neue Einsicht. Im utopischen Gemeinwesen von Aldous Huxleys „Schöne, neuer Welt“ (1932) war dies ganz einfach geregelt. Dort sterben die Menschen in einem vorbestimmten Lebensalter in einer Art Luxusklinik und unter Verabreichung einer Soma genannten Droge, die ihnen ein angenehmes Sterben ermöglicht. Sie werden nicht mehr gebraucht, deshalb dürfen (müssen) sie gehen. Von außen wie von innen strahlt die Klinik eine bunte, angenehme Atmosphäre aus. Die Räume, die jeweils 20 Betten enthalten, sind ausgestattet mit Duftverteilern, die jede Viertelstunde ein neues Parfüm abgeben, Fernsehapparaten, die von morgens bis abends laufen, und Supervox-Orgeln, die synthetische Weisen spielen. Alles in der Moribundenklinik dient der Ablenkung und Benebelung der Patienten. Den Sterbenden wird Soma verabreicht, damit sie nicht leiden müssen, sondern in einem angenehmen, kindlichen Traum verharren, bis ihr Ende gekommen ist. Nichts bei Huxley lässt erkennen, dass die Menschen hier leiden.

Einen Boom solcher Einrichtungen sieht der Theologe, Soziologe und Hochschullehrer Reimer Gronemeyer kommen: „Die Zahl der Moribundenkliniken in Deutschland wächst rasant. Sie heißen Hospiz oder Palliativabteilung. Sie sprießen wie Pilze bei feuchtem Wetter aus dem Boden. 179 Hospize, 231 Palliativstationen werden gegenwärtig gezählt. Tendenz: steigend. Die stationären Einrichtungen werden ergänzt durch 1500 ambulante Hospizdienste, jetzt kommt die SAPV dazu, das sind Spezialisierte Ambulante Palliative Dienste, die flächendeckend werden möchten: Sie bringen die Moribundenklinik ins Haus.“[12] Mit seiner schonungslosen Analyse der Industrialisierung, Professionalisierung und Ökonomisierung des Hospiz- und Palliativwesens kritisiert Gronemeyer gerade jene Einrichtungen, die die Gegner der Sterbehilfe als gewichtigstes Argument gegen jeden Sterbewunsch ins Feld führen. Freilich sind die hospizlichen und palliativen Dienste keineswegs wie die Moribundenkliniken der schönen, neuen Welt auf das terminierte Sterben der Menschen eingerichtet, aber sie lassen den Eindruck entstehen, als könne Sterben machbar, erträglich und vielleicht gar nicht so schlimm sein. Am Horizont schimmert der Verdacht auf, man könne unter diesen Voraussetzungen leichter in sein Sterben einwilligen, solange die wichtigsten Wünsche erfüllt seien: Das sind Schmerzfreiheit und Bewusstseinsminderung oder -ausschaltung. In nahezu allen Fällen soll das möglich sein, sagen die Schmerzexperten. „Genaue Auskünfte darüber, wie viele Menschen eigentlich ‚terminal sediert‘ werden, sind nicht zu bekommen. So viel steht fest: Mehr als die Hälfte der Menschen, die in Krankenhäusern sterben, erleben ihren Tod nicht, sondern verschlafen ihn. Das wollen die Menschen so, heißt es.“[13]

So gibt es heute bereits ein Sterben nach Plan. Hospize leisten dabei spirituellen Beistand und gehen davon aus, dass es wie im Bilderbuch beziehungsweise nach den fast dogmatisierten Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross[14] eine letzte Phase gibt, in der der Sterbende in sein Sterben einwilligt: „Das Ganze weckt einen Verdacht: Nachdem man sein ganzes Leben hat arbeiten müssen – an seinen Beziehungen, an seiner Berufsbiographie, an seiner Freizeit, lassen die spirituellen Experten einen auch am Ende noch nicht zufrieden, sondern verlangen, dass wir nun auch noch ‚gut‘ sterben sollen und am eigenen Sterben mitwirken müssen.“[15]

[12] Reimer Gronemeyer, Verwaltung des Lebensendes oder Kunst des Sterbens?, 2012, www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-07_gronemeyer.html (9.7.2015).
[13] Ebd.
[14] Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, München 2001.
[15] R. Gronemeyer (Anm. 12).

Sterben lernen

Die schöne neue Welt ist zumindest soweit schon gegenwärtig, als es zu den heutigen Aufgaben gehört, das Sterben zu lernen und seine Notwendigkeit zu erkennen. Regelmäßige Besucher in der Moribundenklinik sind bei Huxley Kinder und Jugendliche, die schon von klein auf an die Nichtigkeit des Todes gewöhnt werden sollen. Die Kinder werden darauf genormt, den Tod als etwas Positives zu sehen. Sie begegnen ihm in einem Gebäude, das Frohsinn und Luxus ausstrahlt. Hier spielen sie lustige Spiele und bekommen Schokoladentorte. Ihnen begegnen hier kein Leid, kein Altern, keine Schmerzen. Die sterbenden Sechzigerinnen sehen aus wie Sechzehnjährige. Das alles trägt dazu bei, dem menschlichen Leben seinen individuellen Wert zu nehmen. Emotionen und Leidenschaften würden die Beständigkeit des Systems gefährden. Schmerz und Trauer sind Gefühle, denen der Mensch in der schönen neuen Welt nicht begegnen soll.

Das lernende Heranführen an Sterben und Tod nennt man im englischsprachigen Raum „Death Education“. Dafür gibt es im Deutschen keinen adäquaten Begriff, aber dasselbe Bestreben, schon junge Menschen dem Thema näher zu bringen. Der Wiener Theologe Michael Wolf nennt es Friedhofspädagogik.[16] Eine große Palette von Büchern will beim „Sterben lernen“[17] helfen oder zeigen, wie das „Hinübergehen“[18] wirklich geht. Man redet auch von Sterbepädagogik und gar von „Orthothanasie“[19]. Meint Franko Rest, einer der bedeutendsten Thanatologen[20] Deutschlands mit dieser Bezeichnung auch lediglich „Sterbebeistand“, so führt doch die griechische Wortwurzel dahin, dass es so etwas wie richtiges, korrektes Sterben gäbe. Man wird sehen, wer dafür welche Kriterien entwickelt und ob dereinst der rechte Zeitpunkt für das Sterben ebenfalls festgelegt wird.

Zumindest sollten die Kriterien dem demografischen Wandel angepasst werden, sagen einige. Der Bochumer Theologe Joachim Wiemeyer und der Konstanzer Sozialwissenschaftler Friedrich Breyer sprachen sich schon zu Anfang des neuen Jahrtausends öffentlich für eine Begrenzung von Behandlungsmaßnahmen bei älteren Kranken aus, als schon einmal die Debatte um die Sterbehilfe Fahrt aufgenommen hatte. 2003 waren auch die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) offiziell der demografischen Entwicklung angepasst worden. In den Empfehlungen zur „Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“ wird nunmehr der Beihilfe zum Suizid breiterer Raum eingeräumt. So wird Pflegeheimen und Krankenhäusern angesichts der steigenden Gesundheitskosten empfohlen, der Autonomie älterer und pflegebedürftiger Personen, das heißt ihrem Wunsch nach Mithilfe zur Selbsttötung, angemessen Rechnung zu tragen. „Diese heiklen Passagen erinnern an die Entscheidung des eidgenössischen Bundesrates aus dem Jahr 2001, wonach Bewohner und Patienten von städtischen Alten- und Krankenheimen in Zürich Suizid mithilfe einer Sterbehilfeorganisation begehen dürfen.“[21]

Es ist längst in der Debatte angekommen, dass man im Zuge einer Pädagogik des Sterbens lernen soll zu begreifen, wann der richtige Zeitpunkt für das Sterben gekommen sei, so zumindest muss man die Argumentation des mit mehreren Preisen bedachten Kulturhistorikers Wolfgang Schivelbusch verstehen, wenn er das fundamentale Recht jedes Menschen einfordert, sein Leben zu beenden – und gegebenenfalls auch die Pflicht dazu.[22] Die Debatte über das Lebensende im Kontext des demografischen Wandel sei eine Steilvorlage für den (Sozial-)Darwinismus, meint deshalb der Publizist und Medienwissenschaftler Klaus Kreimeier.[23] Was wir beim Lesen von Huxleys schöner neuer Welt noch für undenkbar hielten, ist zu einer gesellschaftspolitischen Option gewor-

[16] Michael Wolf, Friedhofspädagogik. Eine Untersuchung im Kontext der Fragen nach erfülltem Leben, Tod und Ewigkeit, Münster 2011.
[17] Z.B. Wolfgang Bergmann, Sterben lernen, München 2011.
[18] Monika Renz, Hinübergehen. Was beim Sterben geschieht. Annäherungen an letzte Wahrheiten unseres Lebens, Freiburg i.Br. 2011.
[19] Franko Rest, Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis, Opladen 1977.
[20] Thanatologie ist laut Duden die Forschungsrichtung, die sich mit den Problemen des Sterbens und des Todes befasst (*Anm. d. Red.)*
[21] Zu diesen Entwicklungen vgl. Theo R. Payk, Der beschützte Abschied. Streitfall Sterbehilfe, München 2009, S. 23.
[22] Vgl. Wolfgang Schivelbusch, Zur neuen Euthanasiedebatte, in: Süddeutsche Zeitung vom 15. 10. 2003.
[23] Klaus Kreimeier, Steilvorlage für den Darwinismus, 18. 10. 2003, www.taz.de/1/archiv/?dig=2003/10/18/a0094 (10. 7. 2015).

den. Wir sollen „uns heute von der Lebensverlängerungsdiktatur der Medizin und der Pflegeheime befreien“[24] und in eine vorzeitige Beendigung unseres irdischen Daseins einwilligen. Zumal diejenigen, so Kreimeier, die sich medizinische Hilfe nicht mehr leisten können, besser daran tun, freiwillig zu sterben, als unversorgt dahin zu siechen.

Sterben lassen aus Humanität

Doch vielleicht geht es dann nicht mehr nur um Sozialhilfeempfänger, sondern ganz im Sinne der Humanität darum, allen Hochbetagten nahe zu legen, ihr nicht mehr ganz so qualitätsvolles (und für die Allgemeinheit teures) Leben zu beenden beziehungsweise beenden zu lassen. „Auch ein Denkansatz, der für Humanität plädiert, kann auf antihumane Planspiele hinauslaufen.“[25] Man mag sich das nicht wünschen, aber jede Diskussion darüber, jedes neue Argument, erst recht jede gesetzliche Liberalisierung führt uns der Euthanasie durch Überzeugung, Überredung und schließlich Verordnung ein wenig näher. So wenigstens könnte man im Sinne von Major Leo Alexander argumentieren, der 1946 während der Nürnberger Ärzteprozesse als Berater des US-amerikanischen Chefanklägers Telford Taylor fungierte und in den USA darüber berichtete. Am Ende jeder Abweichung vom grundsätzlichen Tötungsverbot und einer scheibchenweisen Legalisierung der herbeigeführten Tötung – so Alexander – stehe die planmäßige Euthanasie.

Major Alexander schilderte den schleichenden Prozess einer Verschiebung ethischer Werte und des moralischen Bewusstseins der Ärzte: „Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind, gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in seiner frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet auf die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassisch Unerwünschten (…) Es ist wichtig zu erkennen, dass die unendlich kleine Eintrittspforte, von der aus diese ganze Geisteshaltung ihren Lauf nahm, die Einstellung gegenüber nicht rehabilitierbarer Krankheit war.“[26] Was Alexander als unendlich kleine Eintrittspforte bezeichnete, nannte man später mit seinen Worten eine *oiled* oder *slippery slope*, eine glitschige schiefe Ebene, auf der alle menschlichen Werte und Vorbehalte gegen eine Tötung von Menschen ins Rutschen kommen würden. Deshalb sei von Anfang an jegliche Form der Euthanasie kategorisch abzulehnen. Sei erst mal das Tor dafür einen Spalt breit offen, dann würde es bald ganz aufgestoßen sein. Eine *Right-to-die*-Bewegung, die sich in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits in den 1930er Jahren formiert hatte, hätte viel früher das Menschenrecht des selbstbestimmten Sterbens durchgesetzt, wenn diese Entwicklung nicht durch die Erfahrungen der Nazi-Euthanasie unterbrochen worden wäre. Sie musste deshalb in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen neuen Anlauf nehmen.

Dabei klingt das in den Ohren vieler Menschen gut, das Recht auf den selbstbestimmten Tod. Und impliziert die weltweit konsensfähige Forderung nach einem selbstbestimmten Leben nicht zwingend auch die die nach einem selbstbestimmten Sterben? Doch wo wird die Grenze zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung gezogen? Wo entsteht sanfter Druck, erheblicher Druck auf die eigene Entscheidung? Bekommen Hochbetagte nur einfach ein schlechtes Gewissen, wenn sie zu lange leben? Kann der eigene Tod zur guten Tat werden, und wann entsteht eine moralische Pflicht zum Ableben? Solche Fragen scheinen nur vordergründig abwegig zu sein. Es gibt kulturhistorisch gesehen längst jene Konzepte, die angeblich undenkbar sind.

[24] Ebd.
[25] Ebd.
[26] Leo Alexander, Medical Science under Dictatorship, in: The New England Journal of Medicine, 241 (1949) 2, S. 39–47.

Susanne Boshammer

Der assistierte Suizid aus der Perspektive einer Ethik des Helfens

Essay

Dass wir Menschen immer älter werden, ist, so sollte man meinen, zunächst mal eine gute Nachricht. Zwar bestimmt nach wie vor der Zufall des Geburtsorts, ob ein Neugeborenes die statistische Aussicht auf 55 Lebensjahre, wie derzeit etwa in Angola, oder 82 Jahre, wie aktuell in Japan hat. Gleichwohl ist der Anstieg der Lebenserwartung ein seit Jahrzehnten weltweit zu beobachtendes Phänomen, das sich bekanntermaßen unter anderem dem medizinischen Fortschritt verdankt.[1]

Susanne Boshammer
Dr. phil., geb. 1968; Professorin für praktische Philosophie am Institut für Philosophie der Universität Osnabrück, Albrechtstraße 28a, 49076 Osnabrück.
susanne.boshammer@uni-osnabrueck.de

In Deutschland und anderen Industrienationen macht diese Entwicklung mittlerweile eine grundlegende Veränderung des Verständnisses von Biografie erforderlich: Während wir bis vor Kurzem noch daran gewöhnt waren, das Leben gleichsam in drei Etappen zu entwerfen und zu bewältigen – Jugend, Erwachsenenalter/Erwerbstätigkeit und Alter/Ruhestand –, öffnet sich nun mit dem 80. Geburtstag für eine stetig wachsende Zahl von Menschen eine neue Lebensphase, die von Demografen als das „vierte Alter“ bezeichnet wird und ganz eigene Herausforderungen für die hochbetagten Einzelnen und ihr soziales Umfeld mit sich bringt.

Tatsächlich stellt die demografische Entwicklung Individuen und Gesellschaft vor immense Aufgaben, deren öffentliche Problematisierung die gute Nachricht vom langen Leben durchaus überschattet. So steigt mit dem Überschreiten der Schwelle ins vierte Alter die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sprunghaft an[2] – eine Aussicht, die viele Menschen beunruhigt und die Vorfreude auf zu gewinnende Lebensjahre nachhaltig trübt. In der jährlichen repräsentativen Umfrage zu den Ängsten der Deutschen rangierte im vergangenen Jahr denn auch die Angst „im Alter anderen als Pflegefall zur Last zu fallen“ auf Platz 2.[3]

Länger leben – aber nicht um jeden Preis

„Jeder möchte lange leben, aber keiner will alt werden“,[4] so hat der irische Schriftsteller Jonathan Swift bereits im 17. Jahrhundert jene Ambivalenz gegenüber der Lebensverlängerung zum Ausdruck gebracht, die aus der Erkenntnis erwächst, dass letztlich nicht die Dauer unseres Lebens entscheidend ist, sondern seine subjektiv empfundene Qualität. Was aber, wenn mein Leben aufgrund von unheilbarer Krankheit, dauerhafter Abhängigkeit, chronischen Schmerzen, überwältigender Furcht vor dem Sterbeprozess, unentrinnbarer Einsamkeit und Depression oder anderen extremen Bedrängnissen eine Wendung nimmt, die es für mich zur täglichen Qual macht?

Glaubt man entsprechenden Umfragen, wünscht sich nicht nur in Deutschland eine große Mehrheit der Menschen die Verfügbarkeit von Hilfe, um ihrem Leben in diesem Fall selbstbestimmt und eigenhändig ein schnelles und schmerzfreies Ende zu setzen. Die prinzipielle Zugänglichkeit des soge-

[1] Vgl. WHO, World Health Statistics 2015, www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ (17.8.2015).

[2] Beispielhaft dafür ist die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, die mit dem Lebensalter zunimmt: Sind in der Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren noch unter 4 % betroffen, sind es bei den 80 bis 84-Jährigen bereits mehr als 15 %, bei den über 90-Jährigen mit 41 % sogar rund zwei Fünftel. Vgl. Isabella Heuser, Alzheimer und Demenz – Wissen, was stimmt, Freiburg 2010.

[3] Vgl. Die Ängste der Deutschen 2014, https://www.ruv.de/de/presse/download/pdf/aengste-der-deutschen-2014/grafiken-bundesweit.pdf (17.8.2015).

[4] „Every man desires to live long, but no man would be old.“ Jonathan Swift, Thoughts on Various Subjects, in: The Battle of the Books and other Short Pieces, Berlin 1978, S. 188.

nannten assistierten Suizids, also die Bereitstellung von Substanzen, die vom Sterbewilligen selbst eingenommen werden und ihm den sicheren Tod ohne physische Schmerzen ermöglichen, stellt für sie eine beruhigende Perspektive dar: Selbst entscheiden zu können, welches Ausmaß an Leid man zu tragen bereit ist, und auf die Unterstützung anderer zählen zu können, wenn diese Grenze überschritten wird, lindert für manchen die Angst vor extremer Belastung, die wohlweislich nicht dem hohen Alter vorbehalten ist, sondern uns jederzeit treffen kann. Ob sie entsprechende Hilfe im Ernstfall tatsächlich in Anspruch nehmen würden, ist dabei für viele keineswegs ausgemacht. Ihnen geht es neben der Anerkennung ihres Rechts auf Selbstbestimmung über den Zeitpunkt des eigenen Todes vornehmlich darum, prinzipiell die Möglichkeit zu haben, ihr Leben leidensfrei zu beenden, wenn es für sie zur unerträglichen Last wird.

Doch was die einen beruhigt, empfinden die anderen als bedrohlich. So wird in der öffentlichen, politischen und fachwissenschaftlichen Kontroverse um die Zulässigkeit des assistierten Suizids immer wieder die verständliche Sorge laut, die gesellschaftliche Anerkennung der Suizidbeihilfe und die damit einhergehende Enttabuisierung der Selbsttötung könne langfristig ein Prinzip untergraben, das zu den moralischen Grundfesten unseres Zusammenlebens zählt: Es ist das Prinzip der absoluten Schutzwürdigkeit allen menschlichen Lebens. Trotz diesbezüglich entwarnender Daten aus Ländern, die – wie etwa die Schweiz, Belgien oder der US-Bundestaat Oregon – bereits Erfahrung mit der Praxis des assistierten Suizids haben,[5] befürchten nicht wenige, deren explizite rechtliche Zulässigkeit werde zur Folge haben, dass Menschen unter Druck gesetzt werden, sich zu töten, sobald sie nicht mehr selbst für sich sorgen können. Wessen Leben dauerhaft davon abhängt, dass andere rund um die Uhr für ihn da sind, der könnte sich dann fühlen, als brauche er quasi deren Erlaubnis, um es trotz aller Widrigkeiten fortzusetzen. Die Zugänglichkeit von Suizidbeihilfe erscheint aus dieser Perspektive nicht als geforderter Tribut an das Selbstbestimmungsrecht in Fragen des eigenen Lebens und Sterbens, sondern als dessen schleichende Zersetzung.

In der Debatte um den assistierten Suizid, die in der Bundesrepublik derzeit spürbar durch das im Herbst anstehende gesetzliche Regulierungsvorhaben geprägt ist, fällt auf, dass der eigentliche Akt der Hilfe beim Suizid längst in den Hintergrund getreten ist. Während die einen über eine sozial institutionalisierte Praxis der Suizidbeihilfe reden und vor den vermeintlichen Folgen ihrer rechtlichen Freigabe warnen, verteidigen andere das hierzulande weitgehend unbestrittene und grundgesetzlich geschützte Recht auf Selbstbestimmung, das auch den Zeitpunkt des eigenen Todes einbezieht.[6] Für die ethische Frage nach der moralischen Beurteilung der Hilfe beim Suizid ist beides wenig informativ, und für jene, die als Ärztinnen und Ärzte, Pflegende oder Angehörige mit der Bitte um Suizidbeihilfe konfrontiert sind, kaum hilfreich.

Denn auch wenn jemand das Recht hat, seinem Leben ein Ende zu setzen, muss das noch nicht heißen, dass es auch moralisch zulässig ist, ihm dabei zu helfen. Und dass manche die Gewährung von Suizidbeihilfe als Empfehlung zur Selbsttötung missverstehen oder Dritte sie dazu missbrauchen könnten, Menschen, die noch gar nicht sterben wollen, zum Suizid zu nötigen, reicht sicher nicht aus, um den Akt der Hilfe als solchen moralisch zu disqualifizieren. Die ethische Frage, ob man die authentische und klarsichtige Bitte einer schwer leidenden Person um Suizidbeihilfe erfüllen darf, ist daher weder durch den Verweis auf deren Selbstbestimmungsrecht noch durch Mutmaßungen hinsichtlich einer lebensfeindlichen Entwicklung des sozialen Klimas überzeugend beantwortet.

Wie also steht es um die Suizidbeihilfe, wenn man sie aus der Perspektive der Moral betrachtet und nach der Ethik des Helfens fragt? Wie kommt es, dass diese Form der Hilfe mora-

[5] Vgl. Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Neueste Wissenschaftliche Daten zum Assistierten Suizid in Berlin präsentiert, 15. Juni 2015, www.stifterverband.org/stiftungen_und_stifter/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html (17.8.2015).

[6] Vgl. GG, Art. 2. Dazu gehört auch das Recht, aussichtsreiche Therapien für eine lebensbedrohliche Krankheit nicht in Anspruch zu nehmen oder lebenserhaltende Maßnahmen zurückzuweisen.

lisch so umstritten ist, wo es doch gemeinhin als lobenswert, ja oft gar als geboten gilt, notleidenden Menschen Hilfe zu gewähren?

Die Tugend der Hilfsbereitschaft

Tatsächlich hat das Helfen im Allgemeinen einen moralisch guten Ruf. Hilfsbereite Mitmenschen, die die Augen vor der Bedürftigkeit anderer nicht verschließen, werden allseits geschätzt und ernten nicht selten Anerkennung. Das gilt für die Kollegin, die ihr freies Wochenende opfert, um mir beim Umzug zu helfen, ebenso wie für den barmherzigen Samariter, der dem „unter die Räuber gefallenen" Fremden das Leben rettet und dessen weitere Versorgung sicherstellt.[7] Einander zu helfen, wenn wir darum gebeten werden, ist gleichsam das Paradigma dessen, was gemeinhin prosoziales Verhalten genannt und uns mittels entsprechender Vorbildfiguren bereits in der Kindheit mit Nachdruck nahegelegt wird.

Dass die Norm der Hilfsbereitschaft überkulturell unbestrittene Geltung beanspruchen kann, mag auch damit zusammenhängen, dass wir alle von ihrer Anerkennung profitieren, denn Hilfsbedürftigkeit ist dem Menschen wesentlich eigen, sie ist eine anthropologische Grundkonstante. Die Menschen, so formuliert es der Philosoph Immanuel Kant, sind „als bedürftige, auf einem Wohnplatz durch die Natur zur wechselseitigen Beihülfe vereinigte vernünftige Wesen"[8] anzusehen. Tatsächlich ist der Mensch nicht nur zu Beginn und am Ende, sondern Zeit seines Lebens auf Unterstützung durch seine Mitmenschen angewiesen. Wir brauchen einander, weil wir als einzelne weder ein gutes Leben führen, noch überleben können.

Dabei stellt das Helfen eine in zweierlei Hinsicht besondere Form der Unterstützung dar. Anders als beispielsweise die Ermutigung leistet echte Hilfe nicht nur einen förderlichen, sondern einen ausschlaggebenden Beitrag dazu, dass andere ihr jeweiliges Ziel erreichen: Mag sein, dass ich den Umzug auch ohne die Hilfe meiner Kollegin über die Bühne gebracht hätte – vielleicht gab es andere, die für sie eingesprungen wären. Aber nachdem sie es war, die mir geholfen hat, verdanke ich es auch ihr, dass ich nun mein neues Zuhause bewohne. Dass Hilfe im Erfolgsfall entscheidend zur Verwirklichung der Ziele anderer beiträgt, erklärt denn auch, warum die Helfer und Helfershelfer einer Tat in anderer Weise – moralisch wie rechtlich – für deren Ergebnis mitverantwortlich gemacht werden als das bloße Unterstützerumfeld. Sie sind insofern als „Mittäter" zu betrachten, als sich der Handlungserfolg auch und erst durch ihre tatkräftige Beteiligung eingestellt hat.

Und es gibt eine zweite Besonderheit, die das Helfen auszeichnet, und zwar insbesondere im Vergleich mit der Kooperation als einer Form der Unterstützung, die für unser Zusammenleben ebenfalls unverzichtbar ist und es wesentlich prägt. Während wir einander als Kooperationspartner wechselseitig zum Ziel verhelfen, weil und insofern dies unseren je eigenen Interessen dient, ist die Hilfeleistung insofern asymmetrisch, als sie die Interessen und das Wohl der Helfenden – wenn überhaupt – unabsichtlich befördert. Wer hilft, stellt seine persönlichen Interessen zurück und seine Energie und Fähigkeiten in den Dienst der Interessen eines anderen, und zwar um des anderen und seines Wohles willen. Er oder sie macht sich, wiederum mit Kants Worten, die „Glückseligkeit anderer (…) zum Zweck"[9] und nimmt nicht selten dafür beträchtliche Kosten in Kauf. Es ist nicht zuletzt diese Fremdnützigkeit und wesentliche Uneigennützigkeit des Helfens, die seinen moralisch guten Ruf mitbegründet und erklärt, warum Hilfsbereitschaft zu den Tugenden zählt und die Tatsache, dass jemand um meine Hilfe bittet, im Normalfall einen ausreichenden, wenn auch nicht schon verpflichtenden Grund stiftet, ihr oder ihm entsprechende Unterstützung zu gewähren.

Verwerfliche Hilfe?

Das gilt gleichwohl nicht immer, und damit kehren wir zurück zur Kritik an der Suizidbeihilfe. Denn ob es moralisch lobenswert, ja auch nur zulässig ist, anderen bei der Verfolgung ihrer Ziele zu helfen, hängt nicht zuletzt davon ab, was das für Ziele sind. So mag etwa die Beihilfe zur Steuerhinterziehung als Bei-

[7] Die Bibel, Lukas 10, 30–37.

[8] Vgl. Immanuel Kant, Metaphysik der Sitten, Zweiter Teil, Erstes Hauptstück, Von der Pflicht der Wohltätigkeit, § 30.

[9] Vgl. Immanuel Kant, Metaphysik der Sitten, Zweiter Teil, Erstes Hauptstück, Von der Pflicht der Wohltätigkeit, § 29.

spiel einer Hilfstätigkeit dienen, die zu Recht als moralisch verwerflich gilt, weil der Zweck die Verletzung einer Pflicht bedeutet, an die jeder von uns – also nicht nur der Handelnde, sondern auch die Person, die ihm hilft – gebunden ist. Hilfe ist, mit anderen Worten, nicht grundsätzlich eine gute Sache, sondern immer nur so gut, wie der Zweck, dem sie dient.

Tatsächlich ist es diese Überlegung, die, wie mir scheint, einen Großteil der moralischen Kritik an der Suizidbeihilfe motiviert. Obwohl Zweifel an der moralischen Zulässigkeit der Selbsttötung eher selten laut werden, spielen sie meines Erachtens in der Debatte um den assistierten Suizid eine entscheidende Rolle. Denn auch wenn der Versuch, sich das Leben zu nehmen, in den meisten Ländern heutzutage nicht mehr staatlich sanktioniert wird:[10] Die moralischen Vorbehalte gegenüber dem Akt der Selbsttötung sind damit längst nicht ausgeräumt. Sie bestehen weiter und färben gleichsam auf die Suizidbeihilfe ab, die in der Folge als Unterstützung einer nicht unterstützungswürdigen, ja moralisch verwerflichen Tat für unzulässig erklärt wird.

Angesichts des Leides, das ein Suizid in aller Regel für das nähere soziale Umfeld der betroffenen Person bedeutet, lassen sich die genannten moralischen Bedenken gegenüber dem Suizid psychologisch leicht nachvollziehen. Aber sind sie auch moralisch gerechtfertigt? Sind wir wirklich verpflichtet, unser Leben fortzusetzen, auch wenn es uns zur Qual geworden ist? Und heißt das, dass, wer der Bitte eines anderen um Hilfe bei der Selbsttötung entspricht, etwas moralisch Verwerfliches tut, ja sich quasi zum Komplizen eines Unrechts macht, mögen seine Motive auch noch so uneigennützig sein?

Ich bin der Überzeugung, dass die Antwort auf beide Fragen „nein" lautet: Wir müssen unser „natürliches Ende"[11] nicht um jeden Preis abwarten, und wir dürfen andere dabei unterstützen, sich zu töten. Das liegt gleichwohl nicht daran, dass wir das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht über den Zeitpunkt unseres Todes haben. Dieses Recht haben wir meines Erachtens nicht. Tatsächlich sind wir den uns Nahestehenden gegenüber prinzipiell moralisch verpflichtet, unser Leben nicht durch Suizid zu beenden. Doch es gibt Umstände, unter denen wir von ihnen erwarten, ja fordern dürfen, dass sie uns von dieser Verpflichtung entbinden. Die eingangs geschilderten Belastungen stellen meines Erachtens solche Umstände dar. Wer in einer derartigen Situation beschließt, sich zu töten, und die Menschen, mit denen er das Leben teilt, in geeigneter Weise in seine Entscheidung einbezieht, verletzt daher keine, ihn nach wie vor bindende moralische Pflicht. Und das heißt: Wer bei einem solchen Suizid behilflich ist, ob als „Außenstehender" oder Angehöriger, muss sich den Vorwurf der Komplizenschaft nicht gefallen lassen.

Um diesen Gedankengang verständlich zu machen, gilt es zunächst zu erläutern, worin genau die moralische Verpflichtung, unser Leben nicht eigenhändig zu beenden, besteht und wie sich die damit einhergehende Einschränkung des Rechts auf Selbstbestimmung in existenziellen Angelegenheiten begründen lässt.

Gibt es eine moralische Pflicht, sich nicht zu töten?

Wenn ein Mensch sich das Leben nimmt, bedeutet das für diejenigen, die ihm nahe stehen, in der Regel großen Schmerz.[12] Neben der tiefen Trauer um den Verlust der Freundin oder des Partners, des Kindes oder Elternteils, der Schwester oder des Großvaters, die auch na-

[10] Dass das nicht immer so war, sondern im Fall eines Suizids über Jahrhunderte hinweg in vielen Gesellschaften drakonische Strafen, wie etwa die Schändung des Leichnams und die Enteignung der Familie des Suizidenten drohten, schildert eindrucksvoll Georges Minois, Die Geschichte des Selbstmords, Düsseldorf–Zürich 1996.

[11] Angesichts der Vielzahl an medizinischen Interventionen mit lebenserhaltender Wirkung, die die meisten betagten Menschen bereits in Anspruch genommen, respektive über sich haben ergehen lassen, ist meines Erachtens die oft normativ aufgeladene Rede vom „natürlichen Ende" – als sei das natürliche, also weder verzögerte noch beschleunigte Eintreten des Todes an sich ein moralischer Wert – in unseren Breitengraden mittlerweile längst fragwürdig geworden.

[12] In Deutschland nehmen sich jährlich ca. 10000 Personen das Leben, wobei man davon ausgeht, dass auf jeden erfolgreichen Suizid etwa zehn gescheiterte Versuche kommen. Dabei steigt in Deutschland das Suizidrisiko mit dem Lebensalter: Im Jahr 2013 begingen bspw. 11,3 von 100000 Männern zwischen 20 und 25 Suizid. Im selben Zeitraum waren es 89,7 Männer im Alter zwischen 85 und 90 Jahren. Vgl. G. Fiedler, Suizide in Deutschland 2013, http://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2013.pdf (31.8.2015).

türliche Todesfälle begleitet, fügt die Selbsttötung dem Leid der Hinterbliebenen das Wissen hinzu, dass der oder die Verstorbene ihnen diesen Schmerz bewusst zugemutet hat. Der Suizid präsentiert sich nicht nur als Ausdruck tiefster Verzweiflung oder Lebensmüdigkeit. Er erscheint auch als ein Akt der Aggression, die der Betroffene nicht nur gegen seinen Körper, sondern auch gegen die gerichtet hat, die er hinterlässt. Im Fall hochbetagter Suicidenten empfinden Angehörige diesen radikalen Schritt nicht selten als Vorwurf, sich nicht ausreichend gekümmert zu haben. Und tatsächlich fällt es schwer, die Selbsttötung eines vertrauten Menschen nicht persönlich zu nehmen, jedenfalls dann, wenn er sich völlig überraschend das Leben genommen hat, und die, mit denen er es zuvor teilte, in die Entscheidung nicht einbezogen und in die dahinter stehenden Gründe nicht eingeweiht waren. In diesen Fällen mischt sich in den Schmerz, das Mitgefühl und die Trauer oft auch Wut und insbesondere im weiteren sozialen Umfeld der Person nicht selten Empörung.

Als Reaktion auf das Handeln anderer gilt Empörung als angemessen, wenn jemand etwas getan hat, was er nicht hätte tun dürfen. Empörung ist gleichsam der emotionale Indikator einer moralischen Pflichtverletzung. Ist sie im Fall der Selbsttötung gerechtfertigt und wenn ja, wodurch?

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass es das durch den Suizid hervorgerufene Leid der Angehörigen ist, das uns zu Recht empört. Demnach wäre es falsch, sich zu töten, weil wir moralisch verpflichtet sind, anderen nicht derart erheblichen Schaden zuzufügen. Aber dieses Argument lässt sich nicht lange durchhalten. Wenn wir die Pflicht hätten, alles zu unterlassen, was für unsere Mitmenschen schweres Leid bedeutet, ihr Leben vollständig auf den Kopf stellt und sie in Verzweiflung stürzt, müsste nicht nur der Suizid als verwerflich gelten, sondern viele andere mehr oder weniger existenzielle Entscheidungen auch: Jemandes Liebe gar nicht erst zu erwidern oder eine bereits bestehende Beziehung zu beenden, die eigene sexuelle Orientierung zu leben, obwohl sie den religiösen Überzeugungen der Eltern zutiefst entgegensteht, ein Unternehmen zu gründen, dessen Erfolg die Konkurrenz in Konkurs gehen lässt – all das und vieles mehr sind Handlungsweisen, die für andere Menschen durchaus großes Leid bedeuten können, aber sicher nicht als moralische Pflichtverletzungen zu betrachten sind. Dass, technisch formuliert, unser Handeln für Dritte von erheblichem Nachteil ist, heißt nicht schon, dass es moralisch falsch oder gar verwerflich war. Wir *dürfen* andere Menschen verletzen, auch die, die uns in besonderer Weise nahestehen, und manchmal bleibt uns gar nichts anderes übrig, wenn wir unseren eigenen Weg gehen und ein authentisches, ein gelingendes Leben führen wollen.

Es ist denn auch nicht das sogenannte Nicht-Schädigungsprinzip, das verpflichtende Gründe stiftet, unser Leben nicht „vor der Zeit“ zu beenden. Die normative Basis dieser Verpflichtung ist, so meine ich, eine andere.

Die Bedeutung von Beziehungen für das gute Leben

Menschen sind soziale Wesen. Nur im Verbund mit anderen können wir gedeihen und diejenigen Güter erlangen, die ein gelingendes Leben auszeichnen. Dazu gehört auch die Beziehung zu Menschen, für die es von zentraler Bedeutung ist, dass es mich gibt, und die das Risiko eingehen, nicht bloß ihr Wohlergehen, sondern ihr Selbstverständnis mit meiner Existenz zu verknüpfen. Ohne Menschen, die sich und ihre soziale Identität wesentlich mit mir verbinden und mit denen ich in derselben Weise verbunden bin, ohne Beziehungen, für die die wechselseitig vertrauensvolle Sorge um das Wohlergehen der anderen Person konstitutiv und verbindlich ist, ist ein gutes Leben für Wesen wie uns nicht denkbar. Beziehungen dieser Art haben in diesem Sinne intrinsischen Wert und sie sind, so scheint mir, erst aufgrund eines wechselseitigen Commitments möglich, das sich vielleicht am besten im Sinne des impliziten Versprechens verstehen lässt, auch morgen noch (füreinander) da zu sein.[13] Auch wenn das Bild des Versprechens in mancherlei Hinsicht täuscht, wohnt der Natur derartiger Beziehungen meines Erachtens die (wechselseitige)

[13] In seinem Gedicht „Morgens und abends zu lesen“ hat Bertolt Brecht diesem Gedanken poetischen Ausdruck verliehen: „Der, den ich liebe/Hat mir gesagt/Daß er mich braucht./Darum/Gebe ich auf mich acht/Sehe auf meinen Weg und/Fürchte von jedem Regentropfen/Daß er mich erschlagen könnte. Bertolt Brecht, Liebesgedichte, Frankfurt/M. 2009.

Zusage inne, dass ich um die Bedeutung meiner physischen Existenz für das Wohlergehen und Selbstverständnis des anderen weiß und mich durch die besondere Verletzlichkeit, die damit einhergeht, moralisch gebunden fühle.

Diese Zusage ist es nun, aus der sich nach meiner Überzeugung die prinzipielle Verpflichtung ableitet, unser Leben nicht eigenhändig zu beenden. Eine Verpflichtung, die das Recht einer Person auf Selbstbestimmung über den Zeitpunkt des eigenen Todes allein denjenigen gegenüber einschränkt, mit denen sie in dieser besonderen Weise verbunden ist. Im Laufe eines langen, intensiven Lebens wird der Kreis dieser Menschen wachsen und seine Mitgliedschaft wechseln. Wer das vierte Lebensalter erreicht, macht zudem in der Regel die schmerzhafte Erfahrung, viele seiner einstigen Lebensgefährten zu überleben. Die Runde derjenigen, mit denen wir im hohen Alter eng verbunden sind, schrumpft zusehends, und es kann deutlich mühsamer werden, neue bedeutsame Bindungen einzugehen. Gleichwohl ist Einsamkeit kein Privileg des Alters, so wenig wir ein reiches Beziehungsleben den jugendlicheren Phasen unseres Lebens vorbehalten ist. Jene intrinsisch wertvollen Bindungen, die jene verpflichtenden Gründe zum „Weiterleben“ stiften, sind in jedem Lebensalter möglich – wo sie bestehen, ist unsere Selbstbestimmung in Sachen Selbsttötung eingeschränkt.

Dass andere uns brauchen, hebt das Recht auf Selbstbestimmung jedoch nicht grundsätzlich auf. Im Gegenteil. Das, was gemeinhin Autonomie genannt wird, ist ein wesentlicher Teil des Personseins, und es ist gerade die *Person* des anderen, und nicht allein sein Körper oder seine biologische Existenz, mit der wir uns im Rahmen solcher Beziehungen verbinden. Deren moralischer Wert und damit ihr Potenzial, überhaupt erst entsprechende Verpflichtungen zu generieren, beruht daher immer schon auf der wechselseitigen Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts. Allein, sofern es die Selbsttötung betrifft, unterliegen wir aus den genannten Gründen einer wesentlichen Einschränkung unserer Autonomie.

Tatsächlich sollten wir das Recht auf Selbstbestimmung in Fragen des eigenen Sterbens vor diesem Hintergrund meines Erachtens als ein Recht auf Freiheit von Fremdbestimmung verstehen. Als solches verbietet es, dass *andere* über den Zeitpunkt meines Todes bestimmen, etwa indem sie mein Leben durch entsprechende medizinische Interventionen verlängern, ohne dass ich dem zugestimmt hätte, mich dazu nötigen, lebenserhaltende Therapien in Anspruch zu nehmen, obwohl ich das nicht will, oder mich zum Suizid drängen, wenn ich weiterleben möchte. Aber mein Selbstbestimmungsrecht beinhaltet nicht schon die Freiheit, mir in dem Moment das Leben zu nehmen, der mir als der geeignete Todeszeitpunkt erscheint.

Warum es uns erlaubt ist, unser Leben zu beenden

Dass daraus gleichwohl nicht folgt, dass wir um jeden Preis unser natürliches Ende abwarten müssen, ergibt sich nun interessanterweise aus exakt derselben Überlegung, die diese Einschränkung unserer Freiheit rechtfertigt. Die Grenzen meiner moralischen Pflicht, mich nicht zu töten, wurzeln, mit anderen Worten, in eben jenem Boden, aus dem diese Verpflichtung erst erwächst, nämlich dem Wert und Wesen von Beziehungen, für die die vertrauensvolle Verbindung mit dem anderen als einer autonomen Person und die Sorge um sein Wohl konstitutiv und verbindlich ist.

Nicht erst die Debatte um den assistierten Suizid hat deutlich gemacht, dass es Umstände geben kann, unter denen der schmerzfreie und sichere Tod für einen Menschen die Erlösung von schwerem Leid bedeutet. Es sind in aller Regel Umstände dieser Art, unter denen eine Person das Sterben herbeisehnt und den Suizid in Erwägung zieht: die Grenze dessen, was sie subjektiv an Leid zu ertragen bereit oder imstande ist, ist erreicht, und es ist keine Linderung auf für sie zumutbarem Weg oder in für sie zumutbarer Frist in Sicht. Wem gegenüber kann ein Mensch unter solchen Umständen noch zum Weiterleben verpflichtet sein? Ich glaube: niemandem. Wenn die gegenüber den „Beziehungspartnern“ bestehende Pflicht, das eigene Leben nicht zu beenden, in der stillschweigenden Zusage wurzelt, dass wir wechselseitig um die Verletzlichkeit des anderen wissen und die Sorge um sein Wohl als verbindlich ansehen, dann bindet diese Zusage auch die anderen. Es ist nun an ihnen,

ihr Commitment dadurch zu zeigen, dass sie den Sterbewilligen von seiner Pflicht, sich nicht zu töten, entbinden. Darauf zu bestehen, dass er bleibt und ausharrt, ist, so meine ich, nicht nur ein Verrat am eigentlichen Gut der Beziehung. Es wäre auch ein Missbrauch der moralischen Macht, die wir über Menschen haben, die in verbindlicher Weise ihr Leben mit uns teilen und es dadurch reich machen. Unter der Bedingung subjektiv unerträglichen Leids hat eine sterbewillige Person daher einen moralischen Anspruch darauf, aus der „Pflicht zum Weiterleben" entlassen zu werden, sodass sie keine Verpflichtung verletzt, wenn sie beschließt, sich zu töten.

Man könnte meinen, dass diese Überlegungen letztlich auf dasselbe hinaus laufen, wie die Position derjenigen, die mit Verweis auf unsere Autonomie ein Recht auf Selbstbestimmung über den Zeitpunkt des eigenen Todes einfordern: Denn kommt nicht der Umstand, dass die anderen mich ohnehin aus meiner Verpflichtung, weiterzuleben, entlassen müssen, der Behauptung gleich, dass ich in dieser Frage durch keine Pflicht gebunden bin und insofern selbstbestimmt handeln kann? Das ist meines Erachtens ein Missverständnis.

Tatsächlich besteht ein moralisch entscheidender Unterschied zwischen dieser Argumentation und der hier vorgestellten Überlegung, dass wir erstens prinzipiell die Pflicht haben, uns nicht zu töten, sodass zweitens das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod als Recht auf Freiheit von Fremdbestimmung zu verstehen ist, das gleichwohl drittens mit dem Anspruch einhergeht, unter bestimmten Bedingungen von meiner Pflicht entbunden zu werden. Denn auch wenn es zutrifft, dass wir angesichts des bestehenden Anspruchs auf Entbindung praktisch nicht darauf angewiesen sind, dass die anderen uns quasi die Erlaubnis zum Suizid auch faktisch erteilen – es reicht zu wissen, dass sie in bestimmten Fällen dazu verpflichtet sind –, ist es etwas grundsätzlich anderes, ob wir einen Anspruch darauf haben, von einer Pflicht entbunden zu werden, oder ob diese Pflicht gar nicht erst besteht. Denn wenn letzteres der Fall ist, müssen damit einhergehende berechtigte Erwartungen anderer in unseren Erwägungen von vornherein keine Rolle spielen, und darin besteht eines der Probleme der autonomiebasierten Argumentation zugunsten der Zulässigkeit des Suizids.

Aus meiner Sicht macht es, mit anderen Worten, einen großen Unterschied, ob wir den Beschluss, unser Leben zu beenden, völlig autark fällen dürfen, oder ob wir im Wissen um unsere wechselseitige Verpflichtung diejenigen, mit denen wir unser Leben teilen, nicht nur in unsere internen Überlegungen, sondern in den konkreten Prozess unserer Entscheidungsfindung, in unsere Verzweiflung am Leben und unsere Hoffnung auf den Tod auf jeweils geeignete Weise mit einbeziehen. Selbst bestimmen zu können, heißt meines Erachtens nicht notwendigerweise auch, allein entscheiden zu dürfen.

Auch wenn es auf den ersten Blick als Zumutung erscheinen mag, die uns nahestehenden Menschen in das Vorhaben, unser Leben zu beenden, einzuweihen und noch dazu quasi um ihre Zustimmung zu bitten, gilt es zu bedenken, dass die Konfrontation mit dem unangekündigten Suizid eines Angehörigen sicher keine geringere Zumutung darstellt. Es spricht daher einiges dafür, das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod als Anspruch darauf zu verstehen, dass die mir Nahestehenden meine Bitte um Entbindung von einer bestehenden Pflicht gewähren, und es spricht einiges dafür, diese Bitte auch tatsächlich zu äußern, bevor ich den Beschluss fasse, mir das Leben zu nehmen.

Darf ich helfen?

Was folgt aus all dem nun für die ursprüngliche Frage nach der Moral der Hilfe beim Suizid? Wenn die vorangegangen Ausführungen einleuchten, immerhin eines: Die moralische Kritik an der Suizidbeihilfe ist, sofern sie sich mit dem Argument der Komplizenschaft auf die Verwerflichkeit der Selbsttötung beruft, nicht überzeugend. Sie ist es jedenfalls nicht in denjenigen Fällen, in denen über die Beihilfe zum Suizid ernsthaft diskutiert wird, denn in diesen Situationen stellt die Selbsttötung aus den genannten Gründen schlicht kein moralisches Unrecht dar.

Doch reicht es aus, zu wissen, dass der andere sich töten darf, um darin gerechtfertigt zu sein, ihm dabei zu helfen? Ist die morali-

sche Zulässigkeit des Aktes, den ich mit meiner Hilfe befördere, die einzige Bedingung dafür, dass ich helfen darf? Die Antwort auf diese Frage ist zweiteilig.

Zunächst einmal spricht meines Erachtens einiges dafür, dass die moralische Zulässigkeit einer Handlung unter „normalen“ Umständen tatsächlich nicht nur eine notwendige, sondern eine hinreichende Voraussetzung dafür darstellt, dass es Dritten erlaubt ist, die Handlung zu befördern. Im Fall der Suizidbeihilfe würde dann gelten: „Wenn du dich töten darfst, darf ich dir dabei helfen.“ Allerdings ist es durchaus denkbar, dass es Handlungen gibt, mit Blick auf die die Geltung dieses Prinzips mindestens fraglich ist – etwa solche, die zwar moralisch zulässig, aber in hohem Maße unklug sind, weil sie massiv gegen die eigenen Interessen des Handelnden verstoßen.[14] Mit Blick auf die Selbsttötung könnte das etwa dann zutreffen, wenn eine physisch gesunde, hochbetagte Person aus lauter Sorge, eines Tages dement zu werden und ihren Kindern dann zur Last zu fallen, bereits jetzt um Suizidbeihilfe bittet. Auch wenn die Angehörigen ihrerseits – vielleicht aus Desinteresse, vielleicht aus Respekt vor der Selbstbestimmung – keine Einwände hätten, scheint es mir moralisch unverantwortlich und damit unzulässig zu sein, solche Hilfe zu gewähren.

Doch die Frage nach der Zulässigkeit meiner Hilfe – und darin besteht der zweite Teil der Antwort – ist ohnehin nicht die einzige Frage, die sich aus moralischer Perspektive stellt. Wer einem anderen bei der Verfolgung seiner Ziele hilft, trägt, wie eingangs erläutert wurde, in ausschlaggebender Weise dazu bei, dass dieser seine Ziele erreicht. Wer hilft, ist für das Ergebnis mitverantwortlich – und diese Verantwortungsübernahme gilt es zu bedenken, bevor ich mich als Sterbehelfer, Ärztin oder Angehörige entscheide, einem suizidwilligen Menschen die Hilfe zu gewähren, um die er mich bittet. Nicht nur die Frage, ob der andere sich töten darf, auch die Frage, ob ich damit leben kann, ihm dabei geholfen zu haben, ist eine moralisch relevante Frage.

In seiner Novelle „Ein Bekenntnis“ erzählt Theodor Storm die Geschichte eines Arztes, der die flehentliche Bitte seiner sterbenden Frau, er möge ihren unerträglichen Todeskampf beenden, schließlich schweren Herzens erhört, und kurz darauf von einer Therapie erfährt, die ihre Krankheit hätte heilen können.[15] Dass seine Frau ihn inständig gebeten hat, ihre Qualen zu beenden, ja dass ihre letzten Worte dem Dank für seine Hilfe galten, lindert sein Gefühl der Schuld nicht, das ihn fortan für den Rest seines Lebens begleiten wird. Es ist die Endgültigkeit, die Unumkehrbarkeit des Todes, die viele Menschen in nur zu verständlicher Weise vor der Verantwortung zurückschrecken lässt, die mit der Suizidhilfe einhergeht. Eine moralische Pflicht, solche Hilfe zu leisten, kann es schon darum nicht geben. Gleichwohl gibt es gute Gründe, die Bitte von Menschen um Hilfe bei einem schmerzfreien, sicheren Tod nicht abzuweisen. Wir haben jedenfalls allen moralischen Grund, dieser Bitte Gehör zu schenken, und das heißt nicht nur, Räume zu schaffen, in denen sie geäußert werden darf. Es heißt auch, sie weder moralisch zu dämonisieren, noch soziologisch zu pathologisieren und ihre legitime Erfüllung nicht zu behindern.

[14] Für diesen Hinweis – und viele andere wertvolle Anmerkungen – danke ich Peter Schaber.

[15] Theodor Storm, Ein Bekenntnis, Hamburg 2011. Ich danke Hedwig Boshammer für den Hinweis auf diese Geschichte.

Eckhard Nagel

Selbstbestimmt sterben – eine Fiktion?

Essay

Die meisten Menschen wünschen sich heutzutage einen schnellen, selbst nicht wahrnehmbaren Tod. Geprägt von der kulturellen Dominanz der Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften scheinen hierbei Sterbehilfe und assistierter Suizid zum probaten Mittel zu werden – mit den entsprechenden Konsequenzen etwa auch für die Ärzteschaft, die mitunter aufgefordert und sogar verpflichtet werden soll, eine über die Sterbebegleitung hinausgehende Unterstützung zu leisten. Aber ist selbstbestimmtes Sterben überhaupt eine Möglichkeit? Oder ist es eher ein Schlagwort, durch das der Drang nach Kontrolle auch in diesen hochsensiblen Bereich des Lebens Einzug halten soll?

Eckhard Nagel
Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c., Univ.-Professor, geb. 1960; Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Essen, Mitglied des Deutschen Ethikrats; Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45147 Essen.
aerztlicher.direktor@uk-essen.de

Sterbekulturen im Wandel der Zeit

Kulturen des Sterbens sind geprägt von unterschiedlichen Menschenbildern und Vorstellungen über das Dasein. Im Mittelalter galt beispielsweise die „Ars Moriendi“ als Kunst des guten Sterbens: Ausgehend von der Annahme, dass im Sterbeprozess der finale und unumkehrbare Kampf um die eigenen Seele vollzogen wird und sich dabei entscheidet, ob einen am Ende die Hölle, also die Verdammnis, oder das Heil in Form der Erlösung und des Himmels erwartet, beschreibt die historische „Ars Moriendi“ die zentrale Anleitung für den Übergang vom Leben zum Tod. Diese Sterbekultur war geprägt von der großen Sorge vor einem plötzlich eintretenden Tod. Erstrebenswert war es, Zeit für den Sterbeprozess zu haben. In diesem wird der Sterbende aktiv begleitet, um sein Seelenheil finden zu können. Von der Notwendigkeit, den Sterbeprozess in dieser Form zu durchlaufen, waren die Menschen aller Stände überzeugt. Diese Überzeugung reichte bis in die Neuzeit.

Seither hat sich das Bild vom idealen Sterben stark verändert. Was im Mittelalter absolut gefürchtet war, ist heute für viele Menschen sehr erstrebenswert: Der unvermittelte, idealerweise nicht spürbare Eintritt des Todes. Denn viele leben in der Vorstellung, dass das Ende des irdischen Lebens auch das Ende ihres einzigen Lebens bedeutet. Das führt dazu, dass im Gegensatz zu früheren Epochen Lebensbedrohung und Tod tabuisiert werden. Wir haben es in den zurückliegenden 60 Jahren erfolgreich geschafft, das Sterben aus dieser Gesellschaft zu verdrängen. Die Wunschvorstellung von einem schnellen Tod hat allerdings wenig mit der Realität des Sterbens zu tun: Von den über 800 000 Menschen, die jedes Jahr in Deutschland sterben, durchleben etwa 80 Prozent diesen Weg in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Sehr viele von ihnen sterben hochbetagt und nach langer Krankheit.

Das Credo des selbstbestimmten Sterbens

Wenn heute das Sterben in die Wahrnehmung der Menschen kommt, dann unter der Maßgabe, dass die moderne Medizin in der Lage ist, das Leben deutlich zu verlängern. Dadurch wächst aber auch das Risiko von und damit auch die Angst vor langem Siechtum und quälendem Sterben. Nicht zuletzt aufgrund der therapeutischen Fortschritte in der Medizin befürchten viele Menschen bei ihrem Durchleben des Sterbeprozesses im Krankenhaus oder Pflegeheim Fremdbestimmung, soziale Isolation und Verlust ihrer Würde. Schließlich verläuft die Verdrängung des Sterbens und des Todes aus der öffentlichen Wahrnehmung parallel zu einer Zunahme an Individualisierung in der Gesellschaft, mit der auch eine soziale Vereinsamung einhergeht. Der hohe Anteil der in Krankenhäusern und Pflegeheimen sterbenden Menschen belegt, dass der Wunsch der meisten Menschen, ihren unvermeidlichen Sterbeprozess würdevoll und geborgen im Kreis der Familie

zu durchleben, nicht der Realität entspricht. Deshalb sollen heute die Urängste vor dem eigenen Sterben mit anderen, teilweise sehr rationalen Strategien beruhigt werden.

Die gesellschaftlichen Veränderungen und die Veränderung der Lebens- und Sterbesituation des Einzelnen prägen die aktuellen Diskussionen. So werden unter dem Credo des selbstbestimmten Sterbens individualisierte Entscheidungsräume eingefordert. Dabei scheinen Sterbehilfe und assistierter Suizid ein probates Mittel zu sein. Denn der selbstbestimmte Todeszeitpunkt, begleitet von der Unterdrückung befürchteter körperlicher Symptome wie Schmerzen, Luftnot oder Übelkeit, verspricht vermeintlich einen „angstfreien Tod“. So zumindest suggeriert es die Forderung nach der durch die Ärzteschaft ausgeführten Suizidbeihilfe. Diese Forderung übersieht aber, dass es weder eine wissenschaftliche Kompetenz noch ein ärztliches Erfahrungswissen zur Suizidbeihilfe gibt. Zudem ignoriert sie, dass eine Selbsttötung eine der biologischen Natur des Menschen widersprechende Handlung ist.

Seit Jahrzehnten wird mit wechselnder Intensität und aus immer neuen Blickwinkeln über das Thema Sterbehilfe diskutiert. In Deutschland haben sich diese Diskussionen seit einigen Monaten in Politik und Öffentlichkeit wieder verstärkt. Denn im Anschluss an das jüngst verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz wurden unterschiedlich motivierte Gesetzesinitiativen in den Deutschen Bundestag eingebracht, die sich mit der Sterbehilfe befassen. Damit flammt auch eine immer wiederkehrende Forderung nach gesetzlichen Regelungen auf, die es Ärzten erlauben sollen, todkranken Patienten das Sterben zu ermöglichen. In den Diskussionen geraten Begriffe der unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe durcheinander. Und auch deren Grenzen werden immer wieder offenbar. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, die Sachverhalte unter dem Blickwinkel unseres Rechtssystems zu beleuchten.

Trennung von Begleitung und Pflege versus Sterbehilfe

Weitsichtigen Initiativen des ehemaligen Präsidenten des Bayerischen Landtags und Präsidenten des Zentralkomitees der Katholiken, Alois Glück, sowie der ehemaligen Bundesministerin für Gesundheit und Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags, Ursula Schmidt, und nicht zuletzt auch der Umsetzungsinitiative des amtierenden Bundesgesundheitsministers, Hermann Gröhe, ist es zu verdanken, dass in Deutschland die Diskussionen um die Sterbehilfe von der Frage nach der Pflege beziehungsweise der Behandlung von schwerstkranken Patientinnen und Patienten getrennt geführt werden.

Diese in der Praxis nicht immer ganz leicht nachzuvollziehende Trennung hat dazu geführt, dass das Bundeskabinett Ende April 2015 den Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) beschlossen und sich der Deutsche Bundestag Mitte Juni 2015 in erster Lesung mit diesem befasst hat. Mit dem Gesetz werden laut Bundesministerium für Gesundheit die Versorgung und Begleitung von schwerstkranken Menschen deutlich verbessert. Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung und im Krankenhauswesen werden damit umgesetzt. Es enthält zudem Regelungen zur ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung in der häuslichen und stationären Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Hospizen und Krankenhäusern. Ziel ist ein flächendeckendes Angebot an Palliativ- und Hospizleistungen in Deutschland.[1]

Offen ist, ob für adäquate ambulante und stationäre palliativmedizinische Versorgung in ausreichendem Maße Fachpersonal verfügbar sein wird. Es ist aber auf jeden Fall ein Gesetz, das die Palliativversorgung und die Hospizkultur stärkt und das mehr Raum für die im Sterbeprozess notwendige Zeit und Zuwendung bieten kann. Individuelle Beratungs- und Betreuungsangebote sollen schwerstkranken Menschen die Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie in der letzten Lebensphase wünschen und benötigen, wenn sie den Weg des Sterbens auf individuelle Weise gehen möchten. Die Unterstützung durch Pflegende und auch

[1] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 19.3.2015, www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/hospiz-und-palliativversorgung-in-deutschland.html (12.8.2015).

die Ärzteschaft kann und muss diesem Anspruch an Individualität gerecht werden.

Das Hospiz- und Palliativgesetz hat das Potenzial, sowohl die Humanität in unserer Gesellschaft als auch die Finanzierung dieser Arbeit nachhaltig zu verbessern. Dem gegenüber steht die Sterbehilfe, zu der es in Deutschland ein umfassendes gesetzliches Regelwerk gibt. Vor dem Hintergrund der jüngsten Gesetzesentwürfe, die sich mit spezifischen Fragen und insbesondere mit dem assistierten Suizid beschäftigen, sind die Arten der Sterbehilfe genau zu unterscheiden. Es geht um aktive Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen, Sterben lassen und assistierten Suizid.

Aktive Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen

Bei der *aktiven Sterbehilfe* handelt es sich um das bewusste, aktive Eingreifen zur Beendigung des Lebens eines anderen. Ziel der Handlung ist die Herbeiführung des Todes. Kennzeichen der aktiven Sterbehilfe ist, dass ein Mensch vorzeitig an der Aktivität eines Anderen stirbt und nicht etwa an den Folgen einer Erkrankung. Daher beschreibt der Begriff „Tötung auf Verlangen" den Sachverhalt präziser.

Diese Art des Tötens ist, wie alle anderen Formen, in Deutschland und nahezu jedem anderen Land Europas mit Ausnahme der Benelux-Staaten nach Strafgesetzbuch verboten. Im deutschen heißt es in Paragraf 216 „Tötung auf Verlangen":

> „(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar."

Im vom christlichen Menschenbild geprägten Grundgesetz gilt generell die Vorstellung, dass ein Mensch nicht Herr oder Herrin über das Leben eines anderen sein kann. Das gilt auch für den Fall eines schweren Leidens. Denn die Erlösung von einem Leiden ist nicht die eigentliche Aufgabe eines mitleidenden Menschen. Daher ist es in vielen Ländern juristisch verboten. Und auch ethisch und moralisch gilt das Töten auf Verlangen weithin als inakzeptabel.

Sterben lassen und Sterbebegleitung

Ein weiterer Bereich der Sterbehilfe ist das *Sterben lassen*. Hier wird auf lebensverlängernde Maßnahmen wie beispielweise künstliche Ernährung oder Beatmung verzichtet. Das Sterben lassen ist straffrei und sogar rechtlich geboten, wenn der Patient dies vorher zum Beispiel in einer Patientenverfügung geäußert oder in der aktuellen Situation veranlasst hat.

Unter *Sterbebegleitung* sind alle Therapien zu verstehen, die am Lebensende Schmerzen und Leiden lindern helfen. Dabei nimmt ein Arzt, der einem Patienten Schmerzlinderung verschafft, in Kauf, dass die Behandlung mit starken Schmerzmitteln die Lebenszeit des Patienten verkürzt. Der Deutsche Ethikrat hat vor rund sechs Jahren versucht, die diesbezüglich immer noch verwendete Terminologie „indirekte Sterbehilfe" aus der Nomenklatur zu streichen. Diese Form der Sterbebegleitung wird vom Deutschen Ethikrat als eine „adäquate" beziehungsweise „angemessene" Handlung angesehen, die ärztlich geboten sein kann. Wie bei jeder ärztlichen Handlung ist auch dies nur im Einverständnis mit dem Sterbenden erlaubt.

Es ist ersichtlich, dass die Grenzen der Sterbehilfe in bestimmten Situationen fließend sein können. Das führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte sich in dieser Hinsicht sehr zurückhalten und versuchen, keine Maßnahmen zu ergreifen, die ethisch/moralisch, aber vor allem auch juristisch nicht akzeptabel sind. In Deutschland besteht daher eine lange Tradition völlig unzureichender Schmerztherapie bei schwerstkranken Patientinnen und Patienten, entsprechend herrschte auch sehr lange ein Defizit an adäquater palliativmedizinischer Behandlung. Hier hat erst mit Beginn beziehungsweise in der Mitte der 1990er Jahre ein Umdenken eingesetzt, aus dem unter anderem auch das jetzt verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz erwachsen ist.

Assistierter Suizid

Beim assistierten Suizid verschreibt ein Arzt einem Patienten totbringende Medikamente. Alternativ besorgt sie ein Angehöriger oder Freund und stellt diese einem Sterbewilligen

bereit. Im Vergleich zu Sterben lassen und Sterbebegleitung gibt es beim assistierten Suizid einen entscheidenden Unterschied: Der Suizid ist die Selbsttötung. Die Handlungsebene liegt also beim Sterbenden und nicht bei einem Dritten. Der Suizid ist gesetzlich nicht diskreditiert. Jeder kann sich auf legale Weise im Rahmen der ihm zugewiesenen Selbstbestimmung das Leben nehmen. Die frühere Vorstellung des schuldhaften „Sich-aus-dem-Leben-Nehmens“ gibt es heute kaum noch. Auch in der evangelischen Tradition wird die Freiheit respektiert, die Gott gegeben hat, individuelle Entscheidungen bis zu dem Punkt zu treffen, an dem sich ein Mensch das Leben nimmt.

Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte und letztendlich sogar alle Menschen eine Sorgepflicht haben in dem Moment, in dem sich jemand anderes das Leben nehmen will. Jeder sollte bemüht und sogar verpflichtet sein zu versuchen, diese Selbsttötung zu unterbinden.

Ähnlich wie der Suizid ist in Deutschland der assistierte Suizid gesetzlich zulässig. Jedem Menschen ist damit die Möglichkeit gegeben, sich das Leben zu nehmen oder sich Hilfe für die Selbsttötung zu organisieren. Diese Freiheit, aber auch der Wunsch nach Regelung der Unterstützung beim Suizid fanden ihren Ausdruck in der Bundestagsdebatte am 2. Juli 2015, der ersten Lesung von vier Gesetzesentwürfen zur Sterbehilfe.[2]

Rolle der Ärztinnen und Ärzte

Besonders die Rolle der Ärzteschaft steht im Blickpunkt der aktuellen Diskussionen um den assistierten Suizid. Um deren Selbstverständnis und deren daraus resultierende Situation zu verstehen, müssen der medizinische Behandlungsauftrag sowie das Verhältnis der Ärzteschaft zum Tod beleuchtet werden. Dieser Auftrag beruht auf einer viele Jahrhunderte alten Tradition der Hinwendung zum und der Heilung des Menschen. Einer der führenden Transplantationsmediziner in Deutschland, Rudolf Pichlmayr, hat das ärztliche Selbstverständnis vor einigen Jahren wie folgt formuliert: „Es gibt heute also in der Ärzteschaft eine Grundeinstellung, in der die offensichtlich auch heute vom sogenannten Zeitgeist ja häufig als altmodisch angesehenen Tugenden wie Pflichterfüllung, außergewöhnlicher Einsatz, Hinwendung zum Menschen, Nächstenliebe oder Leben für eine Aufgabe noch gelten.“

Allerdings hatte die Medizin bis weit in das 19. Jahrhundert hinein aufgrund fehlender Möglichkeiten relativ geringe Wirksamkeit erzielt. Erst mit dem technischen und medizinischen Fortschritt ist es gelungen, den medizinischen Behandlungsauftrag konsequent zu erfüllen. Dieser bezieht sich darauf, das Leben eines Menschen zu erhalten, neue Technologien zu entwickeln, das Leben zu verlängern und immer neue Situationen, die früher nicht behandelbar waren, zu behandeln. Die zweifellos großen und großartigen Erfolge der modernen Medizin haben aber in Bezug auf das Lebensende zur Folge, dass es durchaus Mediziner gibt, die mit dem Sterben Schwierigkeiten haben. So wird es nicht selten als eine persönliche Niederlage angesehen, wenn ein operativer Eingriff nicht den gewünschten Erfolg bringt, wenn die medikamentöse Therapie keine Heilung, sondern Komplikationen nach sich zieht, oder wenn trotz aller technischen Aufwendungen keine Erklärung für eine schwerwiegende Erkrankung gefunden wird. Die Spezialisierung birgt dabei die Gefahr, Patienten dann aus dem eigenen Fachbereich zu verlegen, weil die kurative Expertise nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat. Auf der anderen Seite fragen sich Patientinnen und Patienten, ob Behandlungen wirklich notwendig sind oder vielleicht doch eher dadurch motiviert sind, dass Mediziner nicht akzeptieren können, dass ein Leben zu Ende geht, oder gar aus ökonomischen Motiven handeln. Auch hier erwächst der Wunsch nach Selbstbestimmung und der Kontrolle über das eigene Sterben. Kontrolle ersetzt dann das fehlende Vertrauen in den Arzt und in seine Bereitschaft, dem Patienten die Unterstützung und die Begleitung zu gewähren, die ihm im Moment des Sterbens wirklich wichtig sind.

Medizin und Sterben

Die hippokratische Tradition, die sich über lange Zeit ausschließlich auf das Heilen und das Lindern von Leid fokussierte, hat ein-

[2] Vgl. www.bundestag.de/dokumente/tagesordnungen/tagesordnung_115/277264 (5.8.2015), vgl. auch den Infokasten auf S. 40 dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

mal definiert, dass es nicht zum Vertragsverhältnis zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patient gehört, beim Patienten zu bleiben, wenn eine Behandlung keine Aussicht auf Erfolg hat. In vergleichbarer Weise hat etwa auch schon Sokrates aus anderen Kontexten heraus definiert: „Es gehört nicht zum ärztlichen Handeln, den Sterbenden zu begleiten." Die Ärzte haben sich also früher von Sterbenden abgewandt. Erst im aktuellen medizinischen Verständnis hat sich dies grundlegend gewandelt. Bis in die 1990er Jahre war die Sterbebegleitung im überwiegenden Selbstverständnis keine ärztliche Aufgabe. Das war ein Thema für andere Berufsgruppen wie etwa Pfarrerinnen und Pfarrer. Seit rund 20 Jahren aber versucht die Medizin, sich nun dem Sterben zu nähern. Dass dies ein langer und auch schwieriger Weg ist, liegt in der Komplexität der Sache. Denn wenn Ärztinnen und Ärzte im Zweifel für das Leben und den Lebensschutz argumentieren, dann muss sich jeder Patient auch darauf verlassen können, dass die Person, der er sich in einem Krankenhaus anvertraut, aus ihrem Selbstverständnis heraus niemals auf die Idee käme, ihn auf seinen Wunsch hin zu töten beziehungsweise ihm beim Suizid behilflich zu sein. Dem entsprechend ist dies in Deutschland sowohl standes- wie auch strafrechtlich eindeutig geregelt.

Insofern steht die Ärzteschaft derzeit noch vor einer grundlegenden Veränderung, die sich nur langsam in Richtung Sterbe*begleitung* bewegt. Dabei kann sie durchaus eine führende Rolle einnehmen: Sowohl unheilbar kranke Menschen, deren Leid nur durch den Tod gelindert werden kann, als auch solche, die aus Angst vor Alter und Einsamkeit ihrem Leben ein Ende setzen wollen, sollten erwarten dürfen, dass ihr Arzt als Wegweiser und Helfer fungiert. Voraussetzungen dafür sind ausreichend Zeit, Zuwendung, Raum und eine eindeutige, verständliche Rechtslage.

Selbstbestimmt handeln

Selbstbestimmt zu handeln ist heute ein wesentliches Grundmotiv. Dazu hat bereits der Nationale Ethikrat, die Vorgängerorganisation des Deutschen Ethikrates, 2006 festgestellt, dass der Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber auch als Kehrseite die Zumutung von Selbstbestimmung das Ethos moderner Lebensführung prägen. Menschen können und müssen selbst entscheiden, wie sie leben wollen. Allerdings bleibt das Individuum auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen. Niemand kann alleine leben. Dass Selbstbestimmung der Stützung durch Solidarität bedarf, durch die sie in bestimmten Fällen überhaupt erst möglich wird, dürfte auch in der modernen Zivilgesellschaft unstrittig sein.[3]

Damit Menschen im Fall einer schweren Krankheit und auch angesichts des nahenden Todes die gewünschten individuellen Beratungs- und Betreuungsangebote bekommen, ist die frühzeitige und eindeutige Willensäußerung ein elementarer Bestandteil des selbstbestimmten Handelns. Denn der Wille des Patienten ist für Ärztinnen und Ärzte Grundlage jeder Behandlung und damit auch deren Grenzen. In der Praxis ergeben sich durch das Eruieren des mutmaßlichen Willens der Patientinnen und Patienten vielfach Unsicherheiten, wenn deren Urteilsfähigkeit etwa krankheitsbedingt fehlt. Kommt es zu keiner ausreichenden Klärung, sind Ärztinnen und Ärzte gut beraten, für das Leben zu argumentieren. Dann wird in *dubio pro vita* entschieden. Das hat auch seinerzeit der Nationale Ethikrat so formuliert.

Für Patientenverfügungen gibt es in Deutschland ein gesetzliches Regelwerk, das unter anderem die Volljährigkeit voraussetzt, die Schriftform vorschreibt und bei dem konkrete Maßnahmen benannt, aber keine Basismaßnahmen ausgeschlossen beziehungsweise auch keine aktive Sterbehilfe eingefordert werden dürfen. Da auf der anderen Seite die Patientenverfügung grundsätzlich jederzeit formlos widerrufen werden kann, gibt deren bloße Existenz in der konkreten Situation nicht immer die gewünschte Klarheit. Daher empfiehlt sich eine vorhergehende ärztliche Aufklärung sowie eine rechtliche Beratung. Darüber hinaus sollten Patientenverfügungen kontinuierlich aktualisiert werden.

[3] Nationaler Ethikrat, Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende", 2006, www.ethikrat.org/dateien/pdf/infobrief-02-06.pdf (12.8.2015).

Mit der Patientenverfügung erhalten Ärztinnen und Ärzte auch vor dem Gesetz Handlungsfreiheit für die Sterbebegleitung. Denn das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung, also der Behandlungsabbruch, ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

Gesellschaftliche Verantwortung

Die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Sterben keine rationale Angelegenheit ist, die man nach Belieben kontrollieren und steuern kann. Gesellschaften, die sich stark an ökonomischen Zielen orientieren, kommen daher in der Praxis mit ihren Erklärungsversuchen und Lösungsansätzen bei diesem Thema immer wieder an ihre Grenzen. Denn die rationale Grundannahme, dass Kontrolle immer besser sein soll als Vertrauen, ist falsch. Das gilt nicht nur, aber insbesondere auch für das Sterben. Denn ein Mensch stirbt nur dann im Frieden mit sich (und mit Gott), wenn er noch in den letzten Stunden in der Lage war, zu realisieren, dass er mit gutem Grund vertrauen kann. Dementsprechend ist es auch nicht verwunderlich, dass viele Patientinnen und Patienten in der präterminalen Phase bei entsprechender Betreuung in dieser Hinsicht noch einmal sehr positive Erfahrungen machen können.

Zur gesellschaftlichen Verantwortung gehört auch eine breite Akzeptanz dafür, dass Räume für die Sorgen, Ängste und Nöte von sterbenden Menschen geschaffen werden müssen. Das sind auf der einen Seite physikalisch Räume in Krankenhäusern und Pflegeheimen, in denen das Abschiednehmen in einer würdigen Umgebung möglich ist. Das sind aber auch die zeitlichen Freiräume nicht zuletzt in der Pflege und der Medizin, die ausreichend Spielraum für die Hinwendung zum Menschen bieten müssen. Das Hospiz- und Palliativgesetz ist ein erster und wichtiger Schritt, diese Räume zu schaffen. Ziel muss es sein, gesamtgesellschaftlich einen selbstverständlicheren Umgang mit dem Sterben und individuell mit dem eigenen Tod zu finden.

Fazit

Eine neue Kultur des letzten Lebensabschnitts braucht keine neuen Gesetze. Sie braucht Zeit und Zuwendung. Und einen Rahmen, der dies fördert. Das Hospiz- und Palliativgesetz bietet diesen Rahmen für die Begleitung der Sterbenden. Dabei kann es legitim sein, dass Angehörige oder sogar vertraute Fremde einem Schwerkranken Hilfe leisten, um selbstständig aus dem Leben scheiden zu können. Ärztliches Handeln hingegen darf niemals über Sterbebegleitung hinausgehen. Eine Veränderung dieser Situation würde zu einem massiven Vertrauensverlust zwischen Patienten und Ärzteschaft führen und bestehenden Ängsten zusätzlich Vorschub leisten. Selbstbestimmung ist in Zusammenhang mit dem eigenen Sterben eine Fiktion. Der Mensch würde gern selbstbestimmt sterben – doch das ist leider oft nicht der Fall. Dem Versuch, diesen Widerspruch zwischen Wunsch und Wirklichkeit aufzulösen, in dem man der Ärzteschaft Pflichten hinsichtlich der Assistenz zum Suizid auferlegt, sollte daher energisch widersprochen werden.

Der aktuelle gesetzliche Rahmen in Deutschland ist absolut ausreichend. Veränderungen sind nur sehr begrenzt notwendig und hilfreich, zum Beispiel beim Verbot organisierter oder kommerzialisierter Sterbehilfe. Alle anderen derzeit im Deutschen Bundestag aktuell vorgeschlagenen Gesetzesänderungen dagegen verkomplizieren die Situation und verunsichern somit. Nicht vermeintlich gesetzlich organisierbare Kontrolle, sondern eine neue Kultur des Vertrauens im Arzt-Patienten-Verhältnis sollte das Gebot der Stunde sein. Um dahin zu kommen ist es gut, dass in Deutschland darüber diskutiert und ein Weg für die Zukunft gefunden wird.

„APuZ aktuell“, der Newsletter von

Aus Politik und Zeitgeschichte

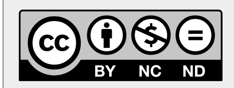
Wir informieren Sie regelmäßig und kostenlos per E-Mail über die neuen Ausgaben.

Online anmelden unter: www.bpb.de/apuz-aktuell



Nächste Ausgabe 40/2015 · 28. September 2015

Rechts in der Mitte?





Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn

Redaktion

Anne-Sophie Friedel (Volontärin)
Barbara Kamutzki
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Johannes Piepenbrink
Anne Seibring
Telefon: (02 28) 9 95 15-0
www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Redaktionsschluss dieses Heftes:
4. September 2015

Druck

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH
Kurhessenstraße 4–6
64546 Mörfelden-Walldorf

Satz

le-tex publishing services GmbH
Weißenfelser Straße 84
04229 Leipzig

Abonnementservice

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; für Schülerinnen und Schüler, Studierende, Auszubildende (Nachweis erforderlich) 13,80 Euro. Im Ausland zzgl. Versandkosten.

Frankfurter Societäts-Medien GmbH
Vertriebsabteilung Das **Parlament**
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main
Telefon (069) 7501 4253
Telefax (069) 7501 4502
parlament@fs-medien.de

Nachbestellungen

Publikationsversand der Bundeszentrale für politische Bildung/bpb
Postfach 501055
18155 Rostock
Fax.: (038204) 66273
bestellungen@shop.bpb.de
Nachbestellungen ab 1 kg (bis 20 kg) werden mit 4,60 Euro berechnet.

ISSN 0479-611 X

Hochbetagt

APuZ 38–39/2015